

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-813999

178463

payé

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
19/09/23	C	6	60210	INP : <input type="text"/>
Dr. HALIME YOUSSEF Chirurgien Urologue Andrologue Imm. Moukhtara Apt N° 6 - 2 <sup>ème</sup> Etage Rue Kenitra - MEKNES Tél : 05 35 46 77 40				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL INBIAAT Dr. EL HASSOUABI 19.10. Kamilla - Meknès Tél : 05 35 46 77 40	19/09/23	43200 DH

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Dr. Youssef HALIME**

**Chirurgien Urologue Andrologue**

- ☒ Ancien Chirurgien à l'hôpital Saint-Joseph de Paris - France
- ☒ Ancien Chirurgien à l'hôpital Simone Veil de Paris (Beauvais) - France
- ☒ Ancien Chirurgien au CHU Hassan II - Fès
- ☒ Lauréat de la Faculté Médecine et de Pharmacie de Fès



**الدكتور يوسف حليم**

- أخصائي في أمراض وجراحة الكلي
- والمسالك البولية والأعضاء التناسلية
- ☒ طبيب جراح سابق بمستشفى سان جوزيف بباريس
- ☒ طبيب جراح سابق بمستشفى سيمون فيل بباريس
- ☒ طبيب جراح سابق بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني بفاس
- ☒ خريج كلية الطب والصيدلة بفاس

MEKNES, LE

مكناس، في :

29/09/23  
Pharmacie AL INDIAT  
Dr EL HASSOUABI  
19, Lot Kamilla Meknes  
Tel : 06 35 46 77 40  
Dr. Youssef HALIME  
Chirurgien Urologue Andrologue  
Imm. Moukhtara Apt N°6 - 2ème Etage  
MEKNES  
31253486  
(3x98,00)  
TAMSULO SIN 4mg  
76,50  
DUANOX 2mg  
61,50 (à la demande)  
432,00  
Dr. Youssef HALIME  
Chirurgien Urologue Andrologue  
Imm. Moukhtara Apt N°6 - 2ème Etage  
MEKNES  
31253486

☎ 05 35 51 17 10 📞 06 51 71 57 20 ✉ mr.halime.youssef@gmail.com

Immeuble Moukhtara, Rue Kénitra, Apt N°6, 2ème étage (en face du passage Lahssini) Hamriya MEKNES

إقامة مختارة زنقة قنيطرة الشقة رقم 6 الطابق 2 ساحة 2 شتتبر حمرية مكناس



LOT : 22E004  
PER : 02 2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

LOT : 22E004  
PER : 02 2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

LOT : 22E004  
PER : 02 2025

TAMSULOSINE WIN LP  
0,4MG GELU B30

P.P.V : 98DH00



6 118000 062257

**URADOX® 2mg**

30 cps sécables



6 118000 051107

LOT : 132  
PER : AVR 2025  
PPV : 76 DH 50

**Mobic® 15 mg**

Meloxicam

14 comprimés sécables



6 118000 040569

PPV : 61DH50  
PER : 07/26  
LOT : M2395-2