

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0042949

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10461 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 196998  
 Nom & Prénom : A. SERRAINE Abdeljalil  
 Date de naissance : 14/10/1964  
 Adresse : 02 Rue ALHAMRA Berrechid  
 Tél : 0662 77 21 45 Total des frais engagés : 970,5 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 21/12/2023  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : Nouaceur  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
02.01.2023	CS		300 dh	
01.12.2023	CS		CG	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03-01-2024	270.50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/12/23	330	400

# AUXILIAIRES MEDICAUX

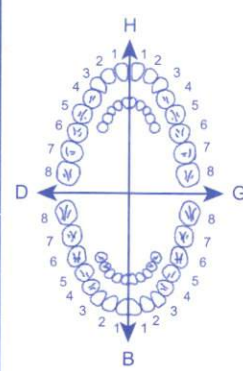
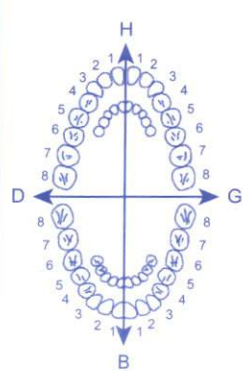
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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															
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Walid BAI**

Chirurgien Urologue  
Sexologue - Andrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Diplômé en Urodynamique  
et Pélvipérinéologie de l'Université Paris 7  
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



**الدكتور وليد باي**

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي

والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم من جامعة باريس 7

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le : 03/01/2023

Mr. Asserhine Abdeljaou

153.30



1) Per... 1600

agel

الدكتور وليد باي  
Pharmacie Docteur  
129, Bd. Omar Abou Pasha  
PERRECHID - T. 0300 23

117.20

2) Lib... 117.20

agel

270.50



**Dr Walid BAI**

Chirurgien Urologue  
Sexologue - Andrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca  
Diplômé en Urodynamique  
et Pélvipérinéologie de l'Université Paris 7  
Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



**الدكتور وليد بعي**

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

خريج كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

حاصل على دبلوم من جامعة باريس 7

طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le :

21/12/23

Nr. Asserchieu Abdeljael.

مختبر التحليلات الطبية  
LABICMED  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. D'Anfa - Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 0522 48 13 51/86

P. S. A

**Dr BAI Walid**  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
511, Résidence Qods - Californie  
Imm. GH8 N° 12 Bd. El Qods, Casablanca  
09 12 75 40 7

511 إقامة القدس كاليفورنيا عمارة 8 الطابق الأول رقم 12 شارع القدس - الدار البيضاء

511, Résidence Qods Californie, Imm. GH8 1<sup>er</sup> étage N° 12, Bd. El Qods - Casablanca

Tél : 05 20 29 93 93 - Urgence : 06 62 33 69 04 - Email : dr.walid.bai@gmail.com



# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067  
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

**Dr Jalil ELMANJRA**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

**Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie**

Casablanca le 22 décembre 2023

Monsieur ASSERRHINE ABDELJALIL

mupras

FACTURE N°	64056
------------	-------

Analyses :

Antigène spécifique prostate -----	B	300	Total : B 300
------------------------------------	---	-----	---------------

TOTAL DOSSIER	400,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cents Dirhams

Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABIOMED  
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 0522 48 13 51/86

Transmission par mail, signature électronique.

**Monsieur ASSERRHINE ABDELJALIL**  
Dossier N° : 23612218



Dossier ouvert le : 22/12/23 - Edité le : 25/12/23

Page N° 1/1

## MARQUEURS

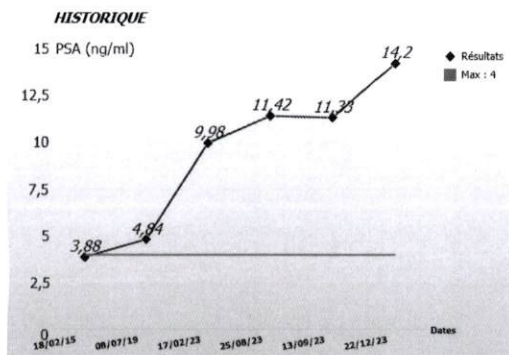
Antériorité

13/09/2023

PSA TOTAL : **14,20** ng/ml  
(Automate Cobas C601 - Gen 4.0 )

< 4

11,33



مختبر التحليلات الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. d'Anfa - Casablanca  
Casablanca 20252 48 13 51/85

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

**Dr Jalil ELMANJRA**