

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

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

## Déclaration de Maladie

Nº M21- 0060339

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9798 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ALLAOUI MOURAD A 97033

Date de naissance : 18/03/1972

Adresse : Bd CHENGUISSIE IMM CHENGUISSIE N°1

HAY SMAALA SEHAT

Tél. : 0663151188 Total des frais engagés : 347,80 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Dr WAFFAR Chouaib

Chirurgien Urologue

17, bd princesse lala aicha 1er étage settat

INPE : 061283479 / TEL : 0520382277

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/02/24

Nom et prénom du malade : ALLAOUI ZAYAD Age : 17 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affect. urologique

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 : NSR Le : 29/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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 Honoraires
19/08/1999	C. S		300,00	Dr WAFFAR CHOUAIK Chirurgien Urologue 17, bd princesse lala aicha 1er étage set CP : 061283479 / TEL : 0520382

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/24	<p>61,80</p> <p>- 16,00</p> <p>45,80</p>

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### RELEVE 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	
				CŒFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D 8 7 6 5 4 3 2 1	G 8 7 6 5 4 3 2 1			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
B H 2 1 3 4 5 6 7 8				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Chouaib WAFFAR

Chirurgien Urologue

- Sexologue -Andrologue

- Maladie de la prostate, Vessie, organes génitaux
- Calculs Appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostic et Interventionnelle
- Echographie - Lithotripsie
- Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire
- Circoncision



19.02.24

الدكتور شعيب وفار

- أخصائي في أمراض وجراحة الكلى  
والمسلك البولية و العقم عند الرجال
- أمراض البروستات ، المثانة والكلى
  - حصى الكلى و المسلك البولية
  - سرطان المسلك البولية و التنسالية
  - الفحص والجراحة بالمنظار تقويم الحصى
  - الفحص بالصدري
  - الضعف الجنسي - العقم عند الرجال
  - انفلات البول
  - الختان

MR. ALLAoui: ZIYAD

14,00

2/ Dolopir 10g 1s

1G x 25

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

47,80

47,80

2/ D. sen 10 000 c.i.

2G x 35

61,80

- 14,00

47,80



17 شارع الأميرة لالة عائشة الطابق الأول، سطات

Tél : 05 20 38 22 77 / Email: dr.chouaibwaffar@gmail.com