

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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

- 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° M21- 0003360

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3294 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NAJEM AHMED  
 Date de naissance : 01/01/1952  
 Adresse : HAY LAALOU Rue 16 no. 8 C.D CASABLANCA  
 Tél. : 0632098767 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 01/07/2021  
 Nom et prénom du malade : NAJEM AHMED Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : - 2021  
 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 : 01/07/2021  
 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 01/07/2021      | 13                |                       | 300 DHs                         |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                                                                                                                                                        | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------|
| <br>PHARMACIE AL AHRAM<br>106, Bd Makkad Iahrizi<br>Hay El houda Cite Djemaa<br>Casa - Tél : 05 22 57 88 98<br>SEKKAT Rachid Dr, en Pharmacie | 17/2 | 967,50                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

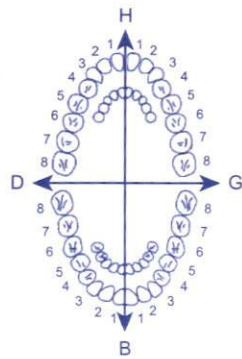
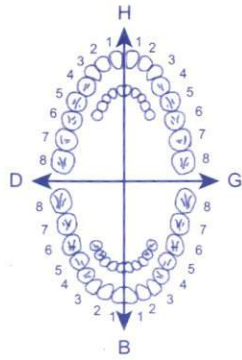
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I M | I V |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |
|                                  |                |        |     |     |     |                                 |

# 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

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>                                           | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      | <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 |  | MONTANTS DES SOINS |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 21433552         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | G                |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 00000000         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 11433553         |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                              |                  |             | DATE DU DEVIS           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr.Khalid TOUABI

CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotripte extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis (France)



الدكتور خالد توابي

إختصاصي في أمراض الكلية  
والمسالك البولية - العقم الجنسي  
الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى  
عضو الجمعية الفرنسية  
لأمراض الكلية والمسالك البولية  
خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, le .....

01/07/2021

NAJAT ANJW

PPV: 159DH30

PPV: 159DH30

PPV: 159DH30

PPV: 163 Dhs 20

N° de LOT: LF20928A

Date d'EXP: 07/2022

PPV: 163 Dhs 20

N° de LOT: LF20928A

Date d'EXP: 07/2022

PPV: 163 Dhs 20

N° de LOT: LF20928A

Date d'EXP: 07/2022

11، زقة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيف روشي) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdellah (au dessus de Yves Roche) - Casablanca

Tél : 05 22 27 22 41 / 05 22 27 19 30 الهاتف E-mail : urotk@yahoo.fr.: البريد الإلكتروني