

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

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



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

MS = 24552

AMPL

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011715

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3388 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom ABBAD ELANDALOUSSI FAYAL Date de naissance : 13/10/53

Adresse : N°7 LOT HIND CALIFORNIE

Tél. : 0661200657 Total des frais engagés : 1580,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/12/2019

Nom et prénom du malade : ABBAD ELANDALOUSSI FAYAL

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : MALADIE METABOLIQUE

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 : CASABLANCA

Le : 10/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/12/2019      |                   | 1                     | 300                             |  |

Dr. Mohamed El MESTER  
Chirurgien Dentiste - OMA  
24 Rue El Aloussi Bourgoine - OMA  
Tél: 05 22 27 47 17 / 20 64 83

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| EZZARHOUNI Rabia<br>2, Rue N. B. El Fekri<br>Casa - Tel : 022 52 77 67<br>Pharmacie DEBENI 1 | 27.12.19 | 1280,20               |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

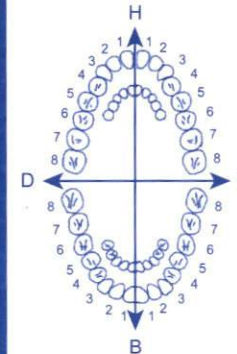
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

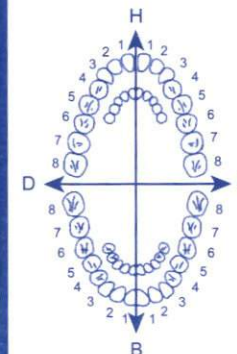
| Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H  |                      | G                       |
|--|----------------------|-------------------------|
| D  | B                    |                         |
| 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 | MONTANTS DES SOINS      |
| [Création, remont, adjonction]<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

Docteur M'hamed LEMSEFFER

**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Urinaires

Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle

Stérilité Masculine

Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Chef de Clinique Urologique

à la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلية والمسالك البولية

زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 27/12/2019 الدار البيضاء في

- Mr ARBACH ELANDALMIS - Fay Saf -

208,00 x 4

- LE \$ Col. al 208,00 x 4

84,80 x 4

- I REZAR 808,00 x 4

21,80 x 5

- A \$ 7 E GIS 109,00 x 5

1280,20



Dr. M'hamed LEMSEFFER  
Chirurgien Urologue  
24 Rue El Alloussi Bourgogne - CASA  
Tél: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24. زنقة العلوسي - بورجون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83 - الفاكس: 05 22 20 96 63

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com



6 118001 030217 2004  
LESCOL XL® 80 mg

NOVARTIS

PPV : 208,00 DH

6 118001 030217 2008  
LESCOL XL® 80 mg

NOVARTIS

PPV : 208,00 DH

6 118001 030217 2011  
LESCOL XL® 80 mg

NOVARTIS

PPV : 208,00 DH

6 118001 030217 2081  
LESCOL XL® 80 mg

NOVARTIS

PPV : 208,00 DH

PPV 84DH80  
PER 10/22  
LOT 12492

PPV 84DH80  
PER 07/22  
LOT 116502



PPV 84DH80  
PER 10/22  
LOT 12492



PPV 84DH80  
PER 10/22  
LOT 12492



LOT : 19E004  
PER : 06 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

LOT : 19E001  
PER : 10 2020  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

LOT : 19E003  
PER : 03 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

LOT : 19E004  
PER : 06 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

LOT : 19E005  
PER : 06 2021  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113