

# 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.

## macie :

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.

## que :

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

## ucation :

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.

## aire :

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.

## die 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

PRAS 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.

**RAS** : 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° P19-0030546

ND-25438

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6983

Société : R.A.M. Retraités

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RAOUFI - TAHAR

Date de naissance : 17.7.1957

Adresse : ARILAASSI Rue 6. sur M. 6. cursa

Tél. : 0615230086

Total des frais engagés : 1401.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/03/2000

Nom et prénom du malade : RAOUFI - TAHAR

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-030546

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6983


Nom de l'adhérent(e) : TAHAR

Total des frais engagés : 1401.10


Date de dépôt : 11.03.2000



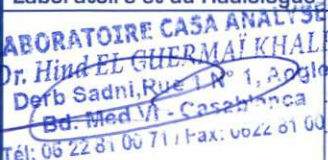
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/03/2020	V		800	
09/03/2020	V		AG	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/3/2020	801,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	09/03/2020	B300	350,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

# VOLET ADHERENT

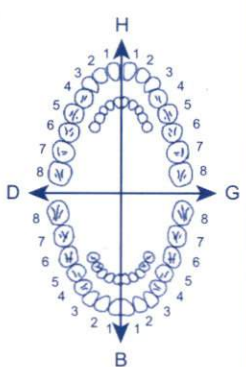
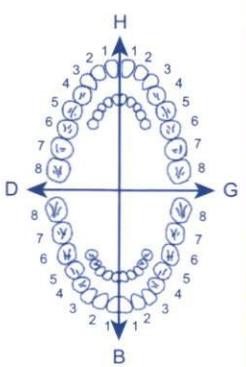
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																
	<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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

# Dr. Khalid TOUABI

## CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithoriptie 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

و المسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية و المسالك البولية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, le

11 / 03 / 2020

Dr. RAOUFI TAHAR

267,00 x3

XATRAL LP 10

SV

3mn

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

801,00

PHARMACIE EL HILAL  
LAABOUDI Selwa  
77 Rue El Bachir el-Jelil  
Cite Plateaux - Casablanca  
Tél 0522 25 96 06 - ICF:0015123400014

Dr. Khalid TOUABI  
Urologue  
11 Rue Prince My Abdellah  
Tél 0522 27 22 41 / 0522 27 19 30

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P. 1  
Ain sebaâ Casablanca  
XATRAL LP 10MG CPR B30  
PPV : 267,00 DH  
6 118001 081301

11, زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق إيف روشي) - الدار البيضاء

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

البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr - الهاتف : 0522 27 22 41 / 0522 27 19 30



# كزاترال® إل بي 10 ملغ

ألفوزوسين

عن طريق الفم

30 قرصًا ذا تحرير طويل الأمد

## التركيب

كلورهيدرات الألفوزوسين..... 10 ملغ

سواغ بكمية كافية لقرص واحد ذي تحرير طويل الأمد

السواغ الذي له تأثير معروف: زيت الخروع المهدرج

يُحفظ بعيدًا عن نظر الأطفال ومتناولهم

الرجاء قراءة النشرة الدوائية قبل الاستعمال

يُحفظ في حرارة لا تتخطى 30 درجة مئوية



**Soyez prudent**

Ne pas conduire sans avoir lu la notice

**Be careful**

Do not drive without reading the insert

**مستوى 1**

**NIVEAU 1**

**LEVEL 1**

**كن حذرًا**

اقرأ النشرة قبل قيادة سيارتك

Lot/Batch: ET063

Fab./Mfg.: 04/2019

EXP: 03/2022

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**  
**USE THE DOSE AS PRESCRIBED**

الرجاء التقيد بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

Prescription only medicine - List I

دواء يُصرف بناءً على وصفة طبية - قائمة I

3 582910 000864

**Xatral LP 10 mg**  
alfuzosin

30 prolonged release tablets

# Dr. Khalid TOUABI

## CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotriptie extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis ( France )



## الدكتور خالد توابي

اختصاصي في امراض الكلية

والمسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية والمسالك البولية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, Le: 09/03/2020

Dr. Khalid TOUABI  
UROLOGUE  
11 Rue Prince My Abdelleah - Casa  
Tél: 0522277741 / 0522271930

RAOUFI TAHAR

total

LABORATOIRE CASA ANALYSES  
Derb Sadni, Rue 1 N°1, Anglé  
Bd. Med VI - Casablanca  
Tél: 05 22 81 00 71 / Fax: 05 22 81 00 70

RAOUFI Tahar

09-03-2020



DN: 17-07-1957

2003090003

LABORATOIRE CASA ANALYSES

ORDONNANCE

Dr. Khalid TOUABI  
UROLOGUE  
11 Rue Prince My Abdelleah - Casa  
Tél: 0522277741 / 0522271930

11، زنقة الامير مولاي عبد الله (فوق ايقروشي). الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

Tél.: 0522.27.22.41 / 0522.27.19.30 : - Email : urotk@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

# LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE CASA ANALYSES

FACTURE N° : 200300061

le 09-03-2020

Mr Tahar RAOUFI

Demande N° 2003090003

Date de l'examen : 09-03-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélevement Sanguin	E25	E
0361	PSA	B300	B

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 350.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément  
à l'article 91- VI- 1° du code général des impôts.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

LABORATOIRE CASA ANALYSES  
Dr. Hind EL GUERMAL KHALIL  
Derb Sadni, Rue 1 N° 1, Angle  
Bd. Med VI - Casablanca  
Tél: 06 22 81 00 71 Fax: 06 22 01 00 70

N°1, Angle Avenue Mohamed VI et Rue N°1, Hay Sadni, 20520 Casablanca.  
Tél : 0522810071 – Fax : 0522810070 – ICE : 0017145770000598 -  
INPE : 093061331 – Patente : 37920299 – IF : 18806521 - CNSS N°: 4913762  
Email : [casaanalyses@gmail.com](mailto:casaanalyses@gmail.com)

Casablanca le 09-03-2020

Prélèvement du : 09-03-2020  
Référence : 2003090003  
Edition : 09-03-2020  
Médecin Dr TOUABI KHALIDMr RAOUFI Tahar  
Né(e) le : 17-07-1957 (62 ans)  
Code Patient 1611230002

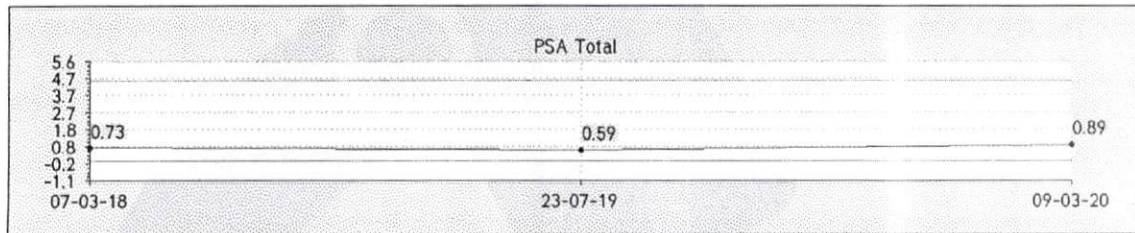
## MARQUEURS TUMORAUX

PSA Total  
(ARCHITECT Plus i 1000 SR d'Abbott)

0.89 ng/mL (&lt;4.50)

23-07-2019

0.59



Dr. Hind EL GUERMAI KHALIL

LABORATOIRE CASA ANALYSES  
Drs. Hind EL GUERMAI KHALIL - Angle  
Bd. Mohamed VI - Casablanca  
Tél: 05 22 81 00 71 - Fax: 05 22 81 00 70

Horaires d'ouverture : Lundi au Vendredi : 7h30 - 19h00 / Samedi : 8h00 - 13h30

N°1, Angle Avenue Mohamed VI et Rue N° 1, Hay Sadni, 20520 Casablanca الدار البيضاء حي السدني رقم 1، زاوية محج محمد السادس و زقة رقم 1

Tél.: 05 22 81 00 71 - Fax : 05 22 81 00 70 - Email : casaanalyses@gmail.com

ICE : 001714577000059 - Patente : 37920299 - CNSS: 4913762 - IF : 18806521 - INPE : 093061331