

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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

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



ND: 34166

Déclaration de Maladie : N° P19-0008979

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH Date de naissance : 1945
Adresse : Résidence EL Khayzama 6, Imm. 11, Appt n° 5
Tél. : 06 76 39 2051 Total des frais engagés : 2098,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. KSINES Mohsine
CHIRURGIEN UROLOGUE
Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
225, Boulevard Mohammed VI - CASABLANCA
Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA
TEL: 022 27 33 67 - G.S.M. 061 09 88 77
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : AIT BASSOU SALAH Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Prostatite
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
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
Le : 23/11/2020



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
02.03.20	S		300 DA	

Cachet et signature du Médecin
attestant le Paiement des Actes

02.03.20
07.18

390 ~~1A~~

Dr. CH. KESKES
Diplômé
27 33 67 - 6.8.81

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02.03.20	1798,20

Montant de la Facture

02.03.20

1798, 20

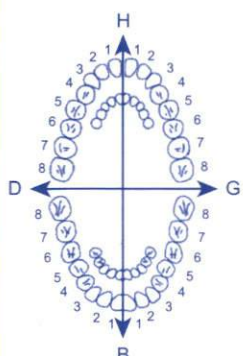
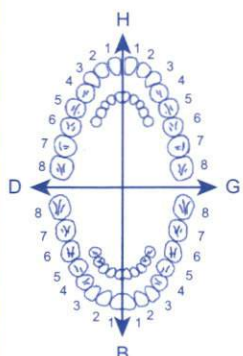
[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de

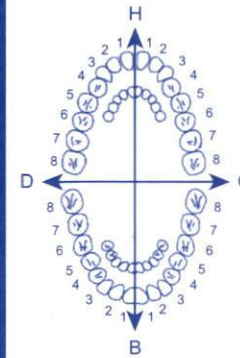
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

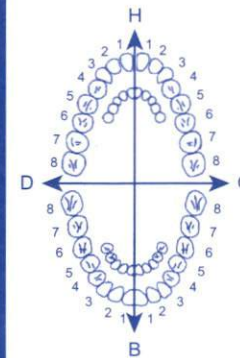
Coefficient

FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

- G

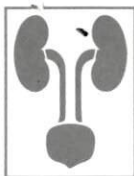
E

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Docteur KSIKES Mouhsine
Chirurgien Urologue
Andrologue - Sexologue

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bruxelles
 Spécialiste des Riens - Prostate - Vessie
 Impuissance - Ejaculation Précoce
 Stérilité - Lithotripsie - Laser
 Expert Assermentéauprès des Tribunaux



الدكتور كسيكس محسن

خريج كلية الطب بروكسيل
 اختصاصي في أمراض وجراحة الكلي
 والمسالك البولية و التناسلية
 العجز الجنسي - سرعة القذف
 العقم - تفتيت حصي الكلي
 خبير محلف لدى المحاكم

Casablanca, le **02.03.2020** **M² AIT BASSOU**

Sahel

(109, 70 x 6)

① Contiflo plus 0,4mg

1 gelule hj l soir
 au lit

(190, 128)

② Finasteride GT 5mg

x 6 jours

1798,22 19p hj l matin

x 6 jours

223, شارع عبد المومن، الطابق الأول، رقم 05 22 27 33 67 / الإقامة رضي عبد المومن، حي المستشفيات - الدوا البيضاء

الهاتف : 05 22 27 33 67 / 06 61 09 88 77

223, Bd ABDELMOUMEN, 1er Etage Appt 7 Rés Reda Abdelmoumen, Quartier des Hôpitaux - Casablanca
 Tél : 05 22 27 33 67 / Urgence : 06 61 09 88 77

Finastéride GT[®] 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

Lot: 80171

Per: 01/2022

PPV : 190,00 DH



TECNIMEDE GROUP

Finastéride GT[®] 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

Lot: 80171

Per: 01/2022

PPV : 190,00 DH



TECNIMEDE GROUP

Finastéride GT[®] 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

Lot: 80171

Per: 01/2022

PPV : 190,00 DH



TECNIMEDE GROUP

Finastéride GT[®] 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

Lot: 80171

Per: 01/2022

PPV : 190,00 DH



TECNIMEDE GROUP

Finastéride GT[®] 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

Lot: 80171

Per: 01/2022

PPV : 190,00 DH



TECNIMEDE GROUP

Finastéride GT[®] 5 mg

Voie orale

30 comprimés pelliculés

Lot: 80171

Per: 01/2022

PPV : 190,00 DH



TECNIMEDE GROUP

CONTIFLO[®] 1^{er} D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



CONTIFLO[®] 1^{er} D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



CONTIFLO[®] 1^{er} D

PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



CONTIFLO[®] 1D



PPV: 109DH70



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



CONTIFLO[®] 1D



PPV: 109DH70



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



CONTIFLO[®] 1D



PPV: 109DH70



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

