

# 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.

## 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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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 - 5ème 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 <sup>par</sup> <sup>canon</sup>

N° P19-0043508

ND: 39106

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : DINIA RACHID

Date de naissance : 18/11/1945

Adresse : Rue Abd Belkhenou EL OUAZZANI

Res. LOTIA B6 - Rabat-Agde

Tél. : 066140954 Total des frais engagés : 837,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur LACHKAR AZZOUZ**  
Professeur d'Urologie  
Chirurgien Urologue  
46, Av. de France, N°4, Agdal  
Rabat - Tél.: 05 37 77 02 22

Date de consultation : 08/06/2020

Nom et prénom du malade : DINIA RACHID Age : .....

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

Nature de la maladie : Adénome de prostate

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 : Rabat Le : 25/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-043508

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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
08/06/2020	CP		200 DH	Docteur LACHKAR AZZOUZ Professeur d'Urologie Chirurgien Urologue 46, Av. de France, N°4, Agdal Rabat - Tél.: 05 37 77 08 22

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Hanae EL AGLA (Dr. BELMAHI) 1, Rue Toppin, Av. Madagascar Dijour Jamaâ - Rabat Tél: 05 37 72 26 50	08/06/2020	637,20

# 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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 :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				Coefficient DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>			<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>	Coefficient DES TRAVAUX														
				<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>	H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	MONTANTS DES SOINS
	H	H																	
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B	B																		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EX

## Docteur LACHKAR Azzouz

Professeur d'Urologie  
Chirurgien-Urologue

Ex Professeur à la Faculté de Médecine - Rabat  
Ex praticien Hospitalier au CHU Ibn Sina - Rabat  
Ex Chirurgien Urologue Attaché au CHU de Rouen - France

Chirurgie des Reins - Voies Urinaires et Génitales  
Reins - Vessie - Prostate - Appareil Génital  
Calculs des Voies Urinaires - Lithotripsie Extra Corporelle  
Cancérologie Urologique et Génitale  
Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle - Circoncision  
Endoscopie des Voies Urinaires



## الدكتور لشقار عزوز

أستاذ جراحة المسالك البولية  
إختصاصي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

أستاذ سابق بكلية الطب - الرباط  
جراح سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا - الرباط  
جراح سابق بالمستشفى الجامعي برون - فرنسا

جراحة الكلى، المسالك البولية والتناسلية  
أمراض وجراحة البروستاتا  
جراحة وتفتيت حصي الكلى والمسالك البولية  
جراحة وعلاج سرطان الكلى، المسالك البولية والجهاز التناسلي  
العقم عند الرجل، العجز الجنسي، الختان  
الفحص والعلاج بالمنظار

Rabat, le 08/06/2020

M: Dina Rachid

4x189,30

- Flotal :

1x120j

(Fes x 120j au coucher)

637,20

PHARMACIE BELMAHI SARLAU  
صيدلية بن الماحي  
Dr. Hanae EL HAMM (ép. BELMAHI)  
1, Rue Tonkin, Av. Madagascar  
Djbour Jamaâ - Rabat  
Tél: 05 37 72 26 50

Docteur LACHKAR Azzouz  
Professeur d'Urologie  
Chirurgien Urologue  
46, Av. de France, N°4, Agdal  
Rabat - Tél.: 05 37 77 02 22

Avenue de France - Résidence Atlas 46 - Appt. N°4 - Agdal - Rabat  
Près de la station du tramway "Avenue de France"

شارع فرنسا، إقامة الاطلس، رقم 46، شقة رقم 4  
قرب محطة طرامواي شارع فرنسا - أكدال الرباط

Tél / Fax : 05 37 77 02 22

الهاتف / الفاكس

GSM : 06 68 83 13 86

: المحمول

E-mail : alachkar@hotmail.fr : البريد الإلكتروني



ur.

s.

بدون شروط معينة للتخزين.  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.



ur.

s.

بدون شروط معينة للتخزين.  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.



ur.

s.

بدون شروط معينة للتخزين.  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.



ur.

s.

بدون شروط معينة للتخزين.  
يحفظ بعيدا عن متناول و مرأى الأطفال.