

# 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.

## Radiologie 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 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

- Reclamation : [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)

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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



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

N° W19-506945

ND: 41568 5224

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5224 Société : Retraité

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : EL OUAJJA ABDOUL

Date de naissance : 03/10/53

Adresse : Rés. de l'Union N°101 BO Rue Hassan

Tél. : 0662067722 Total des frais engagés : 700.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/09/2020

Nom et prénom du malade : EL OUAJJA ABDOUL Age :

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

Nature de la maladie : Cardiologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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) : ACCUEIL

25 SEP 2020

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin
24/09/2020	C2	1	3000	
24/09/2020	auto cadavre	1	4000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

	DES TRAVAUX													
	MONTANTS DES SOINS													
	DEBUT D'EXECUTION													
	HN D'EXECUTION													
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>													
	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25532412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>55533411</td> <td>11433552</td> </tr> </table>		H	25532412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	55533411	11433552
	H	25532412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
B	55533411	11433552												
<b>[Creation, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse														
DATE DU DEVIS														
DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**Chirurgien Urologue**

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Assistant - Chef de Clinique  
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Génito Urinaires  
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales  
Echographie - Circoncision - Andrologie  
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

**الدكتور جعفر زمراك**  
**جراحة المسالك البولية و التناسلية**

خريج كلية تنسي (فرنسا)  
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية  
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية  
عقم عند الرجال - زرع الكلية - طهارة الأطفال

Casablanca, le 24/09/2020

**INPE**  
**091141309**

**ATTESTATION DE PERCEPTION D'HONORAIRES**

Je soussigne Dr **JAFAR ZEMRAG** certifie avoir examiné ce jour  
MR **ELOFER Omar Abdou R** et avoir perçu comme honoraire  
pour sa consultation plus echographie la somme de sept cents dhs  
(700 DHS).

**Délivré** à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce  
que de droit.

**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**CHIRURGE EN UROLOGUE**  
32.R - Taha Houcine (Ex Gallilée)  
Clt Gauthier - Casablanca  
Tél: 0522 26 70 98 / 26 72 24

nom : ELOFIR

Opérateur : Dr.J.ZEMRAG

prénom : OMAR

date de naissance : 01/01/1953

date d'examen : 24/09/2020

TYPE:

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

INDICATION :

Prostatisme

HAUT APPAREIL URINAIRE :

Rein droit

Rein gauche

Dimension : 8.44/4.01  
Différenciation corticomédullaire : Bonne  
Syndrome tumoral : Non  
Dilatation pyélocalicielle : Non  
Lithiase : Non

10.35/5.39  
Bonne  
Non  
Non  
Non

VESSIE :

Epaisseur : Normale  
Diverticule : Non  
TV : Non  
Résidu : Non  
Calcul : Non

ECHOGRAPHIE PROSTATE

Taille : Normale  
Echostructure : Homogene

CONCLUSION :

Reins normaux  
Vessie normale  
Prostate de taille normale et homogène

Docteur Jafar ZEMRAG  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
52, Rue Taha Houcine (Ex Galilée) Qt. Gauthier  
Casablanca  
Tél.: 0522 26 70 98/26 72 24

