

# 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.

## 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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](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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 053032

51831

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUDOUCH HASSAN

Date de naissance : 10-04-1955

Adresse : 85 Lot Epinal Maarif Extension  
CASABLANCA Apt n°4

Tél : 06 24 03 03 13

Total des frais engagés : 250 Dhs

MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SAAD BENNIS  
Chirurgien Orthopédiste  
72, Boulevard Zerktouni - Casablanca  
Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18  
DEC. 2020  
ACCUEIL

Date de consultation : 14 / 12 / 2020

Nom et prénom du malade : Boudouch Hassan

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs Reins / Anxiété

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 : 17 / 12 / 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
14.12.2020	CS		300,00	 <b>Docteur Saad Ben Noun</b> <b>Chirurgien Dentiste</b> <b>72, Boulevard Zerkouni - Casa</b> <b>Tél: 06 24 24 44 7 Fax: 06 24 24 44</b>
	eduf		450,00	

### 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

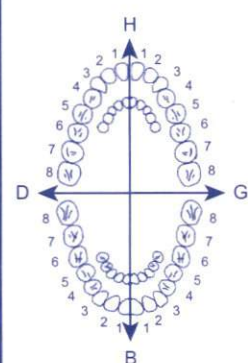
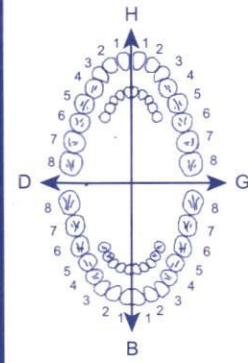
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veillez 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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	<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'EXEC

Docteur Saad BENNIS  
Chirurgien Urologue  
Chirurgie et exploration endoscopique  
Des reins et des voies génito-urinaires  
Lithotriptie extracorporelle-Echographie  
Impuissance – Circoncision.

Nom : boudouch 1412/2020  
Prénom : hassan

## ***Echographie Rénale & Vésicale***

Vessie : paroi non épaissie, contenu transonore  
Absence de résidu post mictionnel

Prostate : 20g

Rein Droit : Taille normale, contours réguliers  
Bonne différenciation corticomedullaire  
Sans dilatation des cavités pyelo-calicielles

Rein Gauche : Taille normale, contours réguliers  
Bonne différenciation cortico-medullaire  
Sans dilatation des cavités pyelocalicielles

72, Bd.Zerktouni Casablanca Tél : 022-29-32-44 / 022-29-32-46

Docteur Saad BENNIS  
Chirurgien Urologue  
72, Boulevard Zerktouni - Casa  
Tel: 05 22 33 32 44 / Fax: 05 22 33 32 46

Docteur Saad BENNIS  
diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse  
Chirurgien Urologue  
Chirurgie et exploration endoscopique  
Des reins et des voies génito-urinaires  
Lithotriptie extracorporelle –Echographie  
Impuissance - Circoncision.

Patente N°34206759

Casablanca le : 14/12/2020

BOUDOUCHE Hassan

## FACTURE

Consultation :...300 dh.....  
Echographie :....450 dh.....

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Sept cent cinquante dirhams

Docteur Saad BENNIS  
Chirurgien Urologue  
72, Boulevard Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 29 32 44 / Fax: 05 22 29 32 46

72, Boulevard Zerktouni Casablanca  
Tél : 0522-29-32-44 Fax :0522-29-32-46

Lab  
BOUDOUCHED HASSAN

DR. BENNI SAAD

14 DIC 2020 15:07:59

B F G G 64%  
TEI P 17 cm XV 1  
PRC 15-2-A PRS 3  
PST 2

FACTORY CA431



99/99



118/118

Lab  
BOUDOUCHED HASSAN

DR. BENNIS SAAD

14 DIC 2020 14:52:36

B F G G 64%  
TEI P 17 cm XV 1  
PRC 15-2-A PRS 3  
PST 2

FACTORY CA431



11/11



11/11