

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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 08055

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Farale chahad Abdellah*

Date de naissance : 1/1/49

Adresse :

Tél. : 0661 32 20 25

Total des frais engagés : 1826,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/05/2023

Nom et prénom du malade : *Pell Kury* Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : *casab*

Le : 10/05/2023

Signature de l'adhérent(e) : *John*



RELEVE 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
09.05.23	CS, écho		#1000 DH #	 Dr. Mouskoura

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Bouakkoura Gom Tél: 05 22 06 48 48 E-mail: reception@akdital.com
 PHARMACIE LAÏK 466, lot. Aït Aissa Casablanca - Maroc	09/05/23	826.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

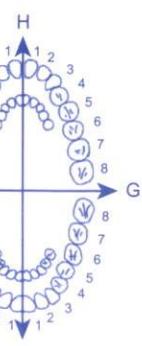
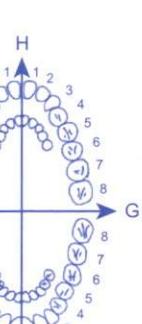
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 09/05/23

153.30 x 4

· Permix 50
2 gel /

S.V

213.00

Jn 02

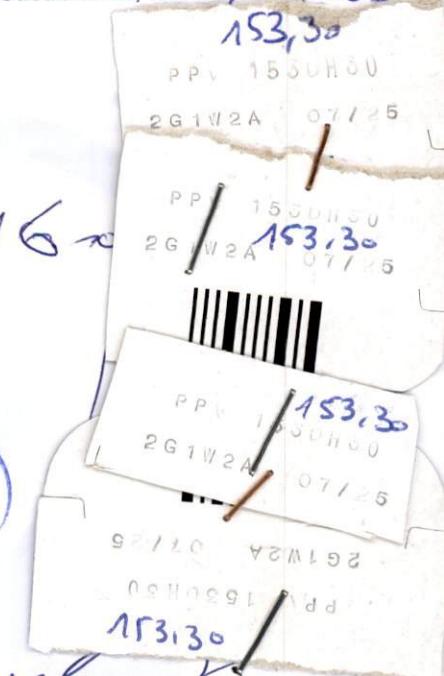
1 gel

per 1 ? m...

S.V

826.02
PHARMACIE LAIMOUR
SARI AU
466, Lot. Alaymouna
Casablanca - Tel. : 0522 27182

Pr. RABII Requier
Chirurgien Urologue
091037705



- IRM Haut champ/IRM Cardiaque • Scanner Multibarette • Angio-scanner • Coloscopie virtuelle • Dentascanner • Echographie/Echo doppler
- Fibroscan • Radiologie standard numérique • Mammographie numérique • Radiologie interventionnelle • Coroscanner sur rendez-vous

Casablanca le

09/05/2023

PATIENT : **Mr FILALI CHAHAD ABDELALI**

PRESCRIPTEUR: **PR RABII REDOUANE**

ECHOGRAPHIE VESICO-PROSTATIQUE

TECHNIQUE : examen réalisé à laide d'une sonde linéaire superficielle de haute fréquence
(7.5-10 MHz)

RC : Pollakiurie

Résultats :

Vessie pleine, de grande capacité.

Paroi régulière.

Pas d'anomalie endovésicale.

Pas de calcul vésical.

Prostate à 90 g, avec médian, IPP grade II .

RPM 50cc.

CONCLUSION :

Prostate augmentée de volume 50g, avec lobe médian grade II et RPM à 50cc .

Merci de votre confiance.

Pr RABII REDOUNANE

Pr RABII REDOUNANE
Chirurgien Urologue
Spécialiste en Urologie
05 22 78 26 92

CLINIQUE DU BIEN ETRE BOUSKOURA



060065232

BOUSKOURA Le :

Facture N° 00818/23

page 1/1

A. Identification

N° Dossier : CBB23E09122853 N° Identifiant : 000619/23
Nom & Prénom : M. FILALI CHAHAD ABDELALI
C.I.N : A17208
Adresse : LISSASFA LOT LAIMOUNE 2 RUE 36 NR 133 CASA

C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 09-05-2023

Date Sortie :

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même
Nom prénom :

Traitements :

Médecin traitant : DR . PR. RABII REDOUANE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
						400,00
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE VESICO-PROSTATIQUE		600,00			600,00
						600,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						1 000,00

MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré,
Clinique du Bien-Etre
Bouskoura

Bouskoura Golf City, Casablanca 27182
Tél : 05 22 06 48 48 - Fax : 05 22 78 26 92
E-mail : direction@akditalife-bouskoura.ma