

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-661790



|   |  |                                  |                                 |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie             | <input type="checkbox"/> Dentaire              | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e)                          |  |                                  |                                 |
| Matricule :   | Société :                                      |                                  |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                          | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionnée | <input type="checkbox"/> Autre   | A 65 b 96                       |
| Nom & Prénom : BENNIS Abdellah                          |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : 04-02-1952                          |  |                                  |                                 |
| Adresse : 34 Route A2E MAUR Residenc                    |  |                                  |                                 |
| Yasmine CASA  |  |                                  |                                 |
| Tél. : 0661 196048 Total des frais engagés : 700,00 Dhs |  |                                  |                                 |

|  |  |  |
|--|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019  | Cadre réservé au Médecin   |  |
|  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">                     Professeur Abdennabi JOUAL<br/>                     Chirurgien Urologue<br/>                     416, Bd Al Akhdimoumen, Imm A, N°3<br/>                     Casablanca Tél. 0522 98 98 12/22<br/>                     Fax 0522 98 98 22                 </div>                     |  |
| Cachet du médecin :  | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">                     Professeur Abdennabi JOUAL<br/>                     Chirurgien Urologue<br/>                     416, Bd Al Akhdimoumen, Imm A, N°3<br/>                     Casablanca Tél. 0522 98 98 12/22<br/>                     Fax 0522 98 98 22                 </div> |  |
| Date de consultation :   |  |  |
| Nom et prénom du malade :  | BENNIS - JOUAL   |  |
| Lien de parenté :  | <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même   |  |
| Nature de la maladie :   |  |  |
| 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<br>Fait à : Casablanca<br>Signature de l'adhérent(e) : Le : 19/06/2023 |  |  |



### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/06/2003      | CS + DEBIT        | 02                    | 700 DH                          | INP : 0916316812<br>Professeur Abdennabi JOURA<br>Chirurgien Radiologue<br>446 Bd Abdelmoumen Imm A, N°3<br>Casablanca Tel. 0522 98 98 12/22<br>Fax. 0522 98 98 22 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

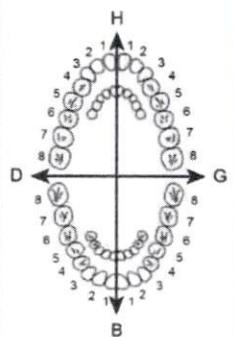
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

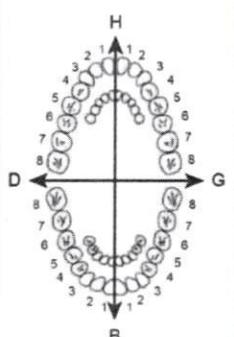
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |
|                                    |                |        |    |    |    |                                 |

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
|   | 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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

**Professeur Abdennabi JOUAL**

**Chirurgien Urologue Andrologue**

Ancien Professeur d'Urologie à la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien Président de l'Association Marocaine d'Urologie

Membre de l'Association Européenne d'Urologie



Cabinet d'Urologie  
Professeur Joual

عيادة أمراض المسالك البولية  
الأسنان وأحوال

**الدكتور عبد النبی أجوال**

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلى  
و المسالك البولية و التناسلية

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابق للجمعية المغربية  
لجراحة المسالك البولية

عضو بالجمعية الأوروبية  
لجراحة المسالك البولية

Casa, le :

08-06-2012

**NOTE D'HONORAIRES**

Je soussigné, Professeur JOUAL Abdennabi, certifie avoir reçu

de Monsieur BENNIS Abdeslam la somme

de SEPT CENT dirhams (700 dirhams) concernant l'acte suivant :

- 300 CONSULTATION
- 400 DEBITMETRIE

Fait pour servir et valoir ce que droit.

Professeur JOUAL Abdennabi

Professeur Abdennabi JOUAL  
Chirurgien Urologue  
416, Bd Abdelmoumen, Imm A, N°3  
Casablanca. Tél. 0522 98 98 12/22  
Fax 0522 98 98 22

Patient: BENNIS, ABDESLAM  
 Médecin: PR JOUAL ABDENNABI  
 Laborie Medical  
 N° Patient:  
 Nom d'Examen: Débitmétrie Initiale

Date: 08/06/2023

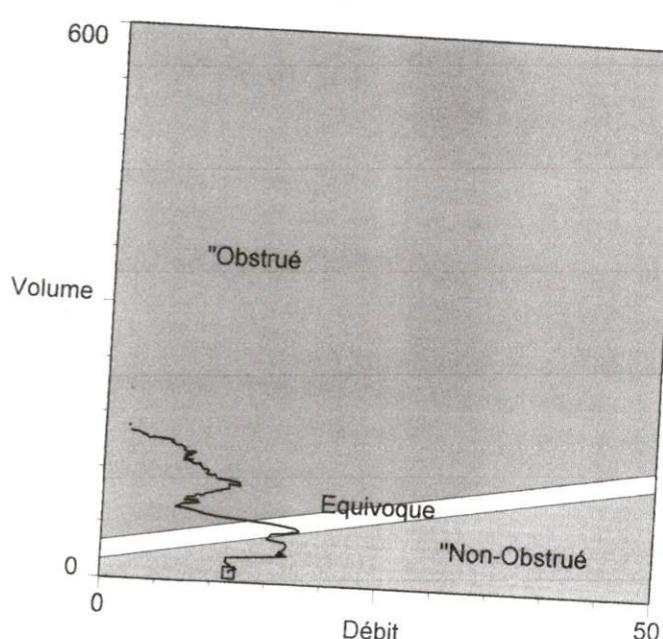
Sexe: Homme  
 Date/Naiss.:  
 Age:  
 Fichier:  
 Version: 12 Rel 0  
 Temps: 18:09:10

**Sommaire des Evénements (\* = Déplacer événement)**

Annotation  
 Début debimetric  
 Maximum  
 Débit Max.  
 Fin debimetric  
 Volume Max.

|                  | Temps | Débit | Volume |
|------------------|-------|-------|--------|
| Début debimetric | 21.3  | 0     | -1     |
| Maximum          | 26.3  | 18    | 79     |
| Débit Max.       | 26.3  | 18    | 79     |
| Fin debimetric   | 38.4  | 0     | 177    |
| Volume Max.      | 44.6  | 0     | 178    |

Nomogramme URA



BENNIS, ABDESLAM

Fichier:

Type d'Examen: Débitmétrie Initiale

08/06/2023

18:09:10

50

50

0

600

0

50

0

18

30

Début débitmétrie

Maximum

40

Fin débitmétrie

0

0

600

-1

79

177

Volume  
(ml)

RIE

0

0

0

0