

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0007980

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MR CHAFI ABDELLATIF

Date de naissance : 14-09-59

Adresse : OULFA - CASABLANCA

Tél : 06 75 51 89 75 Total des frais engagés : 902.80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21 / 06 / 2023

Nom et prénom du malade : CHAFI ABDELLATIF Age :

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

Nature de la maladie : Syphilis

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le 21/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

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



# 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
21/06/23		1	302,80	Chirurgien Urologue Tél: 06 75 51 80 75

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Chirurgien Urologue Tél: 05 22 92 21 24	21/06/23	302,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Chirurgien Urologue Tél: 06 75 51 80 75	21/06/23	ala	302,80

# AUXILIAIRES MEDICAUX

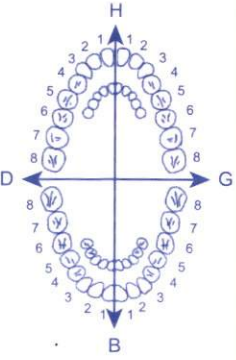
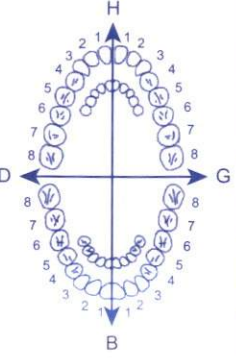
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
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>B</td></tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom: CHAFI, ABDELLATIF

ID: 20230621-170448-1C28

DOB: 01/01/1959

Age: 64 Ans

Sexe: Masculin

ABD

Date examen: 01/01/2020

## Urology Ultrasound Report - 2 / 2 Page

### Annotation:

Vessie peu remplie non evaluable.

Prostate homogene de 30 cc de volume.

Reins des dimensions normales et contours reguliers avec bonne differentiation cortico-sinusale.

Bon index cortical renal.

Absence de lithiases, kystes ou masses solides renales.

Absence de dilatation des voies urinaires excretrices.

### CONCLUSION:

-Echographie renale et vesico-prostatique sans anomalies visibles.

Signature . (sceau):

Date sign.:



DR. ID MHAMMED Yous...

Residence marwa 3 avenue 2 mars, rond  
point d'europe  
Téléphone: 0522490490  
Fax:  
Site internet:

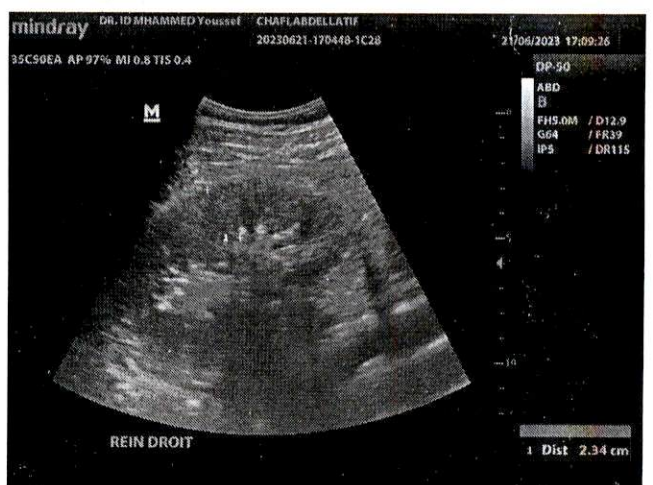
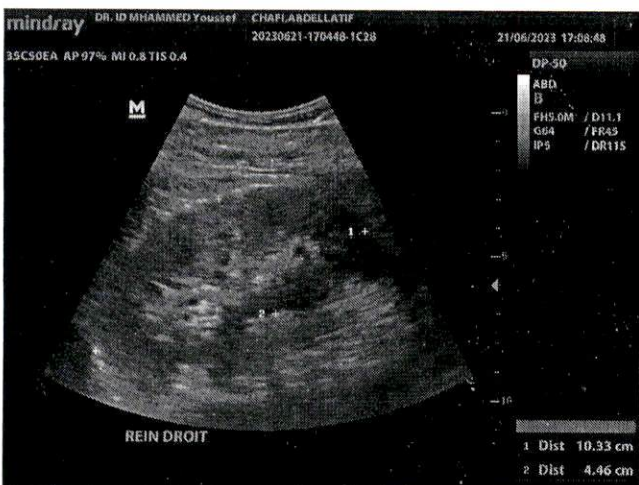


Nom: CHAFI, ABDELLATIF  
ID: 20230621-170448-1C28  
DOB: 01/01/1959 Age: 64 Ans  
Sexe: Masculin

ABD  
Date examen: 01/01/2020  
Equipe mentt utilisé: DP-50  
Opérateur: Emergency

Urology Ultrasound Report - 1 / 2 Page

Image ultrason



**Dr Id Mhammed Youssef**  
Chirurgien - Urologue



**الدكتور إد محمد يوسف**  
إختصاصي في طب وجراحة الكلي  
والمسالك البولية و الجهاز التناسلي

Ancien Chef Clinique  
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Barcelone.

إختصاصي سابق  
في مستشفيات قال ديبرون، برشلونة.

Casablanca : .....

**NOTE D'HONORAIRES (REF 144/23)**

**CHAFI ABDELLATIF**

Consultation : 300.00

Echographie : 300.00

**TOTAL: 600.00 dhs**

**Casablanca le 21/06/2023**

**ICE 001637569000080**

Dr. Youssef Id Mhammed  
Chirurgien Urologue  
Tél: 06 75 51 80 75

**Dr Id Mhammed Youssef**

**Chirurgien - Urologue**



Ancien Chef Clinique  
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Barcelone.

**الدكتور إد محمد يوسف**

**إختصاصي في طب وجراحة الكلي  
والمسالك البولية و الجهاز التناسلي**

إختصاصي سابق  
في مستشفيات فال ديبرون، برشلونة.

Casablanca :

**CHAFI ABDELLATIF**

**-CONTIFLO 0,4mg**

**-1cp/j le soir pendant 3mois.**



PHARM  
Alia  
El Oued  
Tél 05 22 89 88 60

**CASABLANCA, le 21-06-2023**

*[Handwritten signature]*



LP 476  
/2023  
PPV : 99,00DH

UT. AV. :

LOT N° :

PPV (DH) :



0.4 mg

30 sachets  
à libération prolongée  
N° de série

**CONFILLO®**

