

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0010475

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAHYANE EL Hady  
Date de naissance : 01/11/48  
Adresse : B. d'Alger 9ème 4 Rec Soltane 2  
B. d'Alger Bin KHATTAB Sidi marouf Casp  
Tél. : 06 7270 65 49 Total des frais engagés : 1347,00 + 285,65 Dhs 166,50

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/08/2023  
Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HAJ Age : 1948  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Prostate  
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 : Le :  
Signature de l'adhérent(e) :

### 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.

**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
25/08/2023	V3		300 DHs	

EXECUTION DES O.D.F. - HONORAIRES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
<p>PHARMACIE DU PROGRES</p> <p>19, Place du 16 Novembre</p> <p>Casablanca - Tel: 0522 22 05 20</p> <p>Fax: 0522 20 13 95</p>	25/08/2023	1777,00	
		25108123255,60	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABO D'ANALYSES</p> <p>8, Bd Mohamed Zafat, Sidi Bel Abbès</p>	26.08.23	6150	166,50 dh

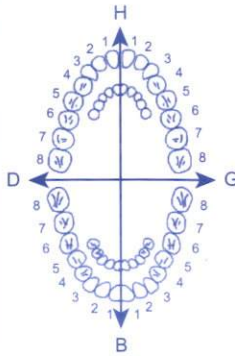
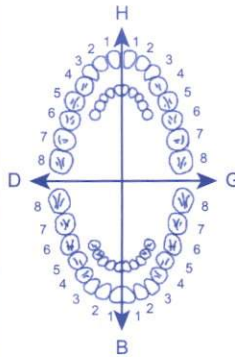
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

**Dr. Khalid TOUABI**

**CHIRURGIEN UROLOGUE**

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotription extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis ( France )



**الدكتور خالد توابي**

اختصاصي في أمراض الكلية

والمسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية و المسالك البولية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

23/08/23

Casablanca

25/08/2023

PHARMACIE DU ROY  
11, Rue Prince Moulay Abdellah  
Casablanca - Tél: 0522 22 27 41  
Fax: 0522 20 13 80

LANGAWI ET HA

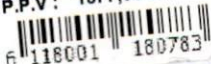
EXP: 10/20  
PPV 51DH40

par comprimé pellic  
250

137700

S.V

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql.  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Decapeptyl 1p 3.75mg lyo b1  
P.P.V : 1377,00 DH



EXP: 10/20  
PPV 51DH40

par com

EXP: 10/20  
PPV 51DH40

par comprimé

LOT: M1024  
PER: 03/2025  
PPV: 50,00DH

EXP: 10/20  
PPV 51DH40

par comprimé

166-  
51.60 x 200  
24  
1 x 25

SV

50100

255160

Dr. Khalid TOUABI  
UROLOGUE  
11, Rue Prince Moulay Abdellah  
Casablanca - Tél: 0522 22 27 41  
Fax: 0522 20 13 80

زئقة الأمير مولاي عبد الله ( فوق إيق روشي )

11, Rue Prince Moulay Abdellah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

Tel.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30 : الهاتف - Email : urotk@yahoo.fr : البريد الإلكتروني



# Dr. Khalid TOUABI

## CHIRURGIEN UROLOGUE

Maladie du Rein et de l'Appareil Urinaire

Maladie Sexuellement Transmissibles

Stérilité Masculine - Impuissance Sexuelle

Lithotripte extra-corporelle

Membre de l'Association Française d'Urologie

Diplômé de l'université de Nice

Sophia-Antipolis ( France )



# الدكتور خالد توابي

اختصاصي في أمراض الكلية

والمسالك البولية - العقم الجنسي

الأمراض التناسلية - تفتيت الحصى

عضو الجمعية الفرنسية

لأمراض الكلية والمسالك البولية

خريج كلية الطب بنيس (فرنسا)

Casablanca, Le: 25/08/23

د. خالد توابي



، زنفة الأمير مولاي عبد الله ( فوق إيق روشي ) - الدار البيضاء

11, Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca

البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr - الهاتف : 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30 - Tél.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30

08/05/23

Mr LAHYANE El Haj

Prescripteur : Dr TOUABI KHALID

Casablanca le : 28-08-2023

Du : 26-08-2023

Référence : C230800579

Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في التحليلات الطبية

Normes

Antériorités

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### Examen macroscopique

Aspect : Légèrement trouble

#### Examen biochimique:

Albumine:	+	
Sucre:	-	
Corps cétoniques:	-	
Nitrites:	-	
Sang:	-	
pH:	7.0	(5.0-7.0)

#### Examen cytologique

Leucocytes :	15 /mm <sup>3</sup>	(<10)
Hématies :	<1 /mm <sup>3</sup>	(<5)
Cellules épithéliales :	Quelques	
Cylindres :	Absence	
Cristaux :	Absence	
Levures :	Absence	

#### Examen bactériologique

Examen direct - Coloration Gram : Identification de bacilles gram -

Culture sur milieux usuels : Positive  
 Numération des germes : > 10<sup>5</sup> UFC/ml  
 Isolement et identification de *Escherichia coli*



Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في  
التحليلات الطبية

Casablanca le 26-08-2023

Mr LAHYANE El Haj

FACTURE N° C230800579

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cyto bactériologique des urines	B150	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 166.50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
cent soixante-six dirhams cinquante centimes

