

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.

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

M22- 0010475

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	2929	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	173489
Nom & Prénom :		LAHYANE EL HAJ	
Date de naissance :		01/01/48	
Adresse :		A. Lelement amani 4 Rec Soltane 2 Bd smar Ben KHOTTOB Sidi mousa Casab	
Tél. :		06.72.70.65.59	Total des frais engagés : 134700 + 28565 Dhs 1661600

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 :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :	Prostat				
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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] :



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
25/08/2023	V3		3000 DHS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/08/23	17700
		25/08/23 255,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26.08.23	B150	166,50 DHS

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	G		
	25533412	21433552		
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

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

Lithotriptie 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 بنين (فرنسا)

25/08/23
نحو
PHARMACIE DU PROGRES
FL. C1 FARMACIA Abdellahani
9 Place du 16 Novembre 20
Casablanca - Tel: 0522 220520
Fax: 0522 291356

25/08/2023

EC HA



1377,00

SV

Decapeptyl 3,75

166-

51.10
x 24
Dose No x 200

1025

SV

5050 AFK 710715

25/08/2023

Dr. Khalid TOUABI
UROLOGUE
11 Rue Prince My Abdelleah (au dessus de Yves Rocher) - Casablanca
Tél.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30 - Email : urotk@yahoo.fr

Maphar
Bd Alkilia N° 6, QL.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Decapeptyl 3.75mg vio b1
P.P.V : 1377,00 DH
Barcode: 6 118001 180783



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



زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق ايق روشي)

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

Tel.: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30

هاتف: 05 22.27.22.41 / 05 22.27.19.30

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
Lithotriptie 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 - تقويم الحصى
عضو الجمعية الفرنسية
لأمراض الكلية و المسالك البولية
خريج كلية الطب ببنيس (فرنسا)

Casablanca, Le:

25/10/2013

دايزاجي - الدار البيضاء



زنقة الأمير مولاي عبد الله (فوق يves rocher) - الدار البيضاء ،

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

البريد الإلكتروني : urotk@yahoo.fr - الهاتف : 05 22.27.19.30 / 05 22.27.41 / البريد الإلكتروني : 05 22.27.41 / 05 22.27.19.30

Mr LAHYANE EI 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

اختصاصي في
التحاليلات 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 ³	(<10)
Hématies :	<1 /mm ³	(<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 :

> 10⁵ UFC/ml

Isolement et identification de

Escherichia coli



Dr Zizi

دكتور الزيزي

Médecin Biologiste

طبيب

Ancien interne des hôpitaux de Paris

إختصاصي في
التحاليلات الطبية

Casablanca le 26-08-2023

Mr LAHYANE El Haj

FACTURE N° C230800579

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cytobactériologique 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

