

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 068128

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 958 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAFI Abdelkader

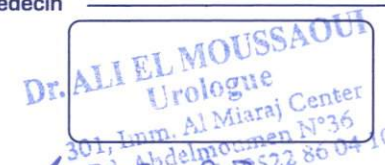
Date de naissance : 30/08/1974

Adresse : 191 Bd. Sakhir Casablanca

Tél. : 0975/35577 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/12/2023

Nom et prénom du malade : RAFI Abdelkader Age :

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

Nature de la maladie : Affection Urologique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

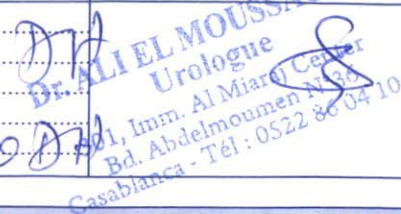
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 191 Bd. Sakhir Casablanca Le : 11/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/10/23		2	300 DH	
		1	100 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

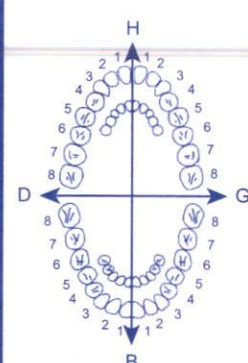
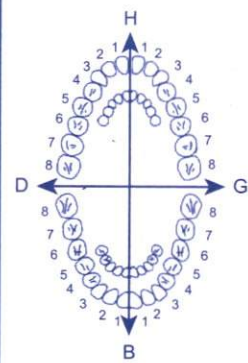
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 colspan="2">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 colspan="2">B</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																
	[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



Institut Pasteur
du Maroc

Directeur

Pr A. MAAROUFI

Biologie

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr J. Nouril

Dr D. Messaoudi

Dr N. Dersi

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

TANGER

Dr W. Oudaina

Dr O. Mourtada

Anatomie-cytopathologie

Dr A. Oukkadi

Dr K. Moumna

Cytogénétique

Dr S. Nasserddine

DR ALI EL MOUSSAOUI

Date et heure d'enregistrement : 09/10/23 09H45

Date et heure de prélèvement : 09/10/23 09H53

Date de naissance : 30/06/1942

Hors tiers payant -

Monsieur RAFID ABDELKADER

Demande n° **09/10/23-1-0025**

20000 CASABLANCA

Demande n° **09/10/23-1-0025 -RAM-**

Edité le : mardi 10 octobre 2023

N° CIN/Passeport

Hormonologie-Marqueurs tumoraux

Valeurs de référence

Antériorités

MARQUEURS

Antigène prostatique spécifique total

Abbott diagnostics (Sérum ou Plasma)

17,42 ng/mL

Inf. à 4,00

16/08/22

11,51

Validé le 09/10/23

Dr. Samira KACIMI
Pharmacien spécialiste
en Biologie Médicale
Institut Pasteur du Maroc

Institut Pasteur du Maroc Centre de Biologie Médicale e-mail: cbm.info@pasteur.ma

1 Place Louis Pasteur 20360 Casablanca ☎+212 522 434 471/72 ☎+212 522 434 477/+212 522 260 957

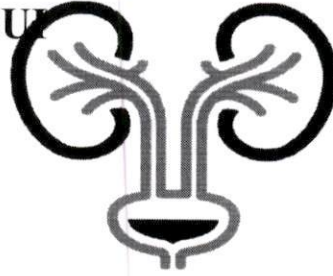
1 Rue Qortobi - Place Marchan CP 90000 Tanger ☎+212 539 931 111 ☎+212 539 932 299

web: www.pasteur.ma relation clientèle: client@pasteur.ma **INPE : 090005786**



Dr. ALI EL MOUSSAOUI

Pr. à la Faculté de médecine
de Casablanca
Spécialiste en Urologie
Chirurgie endoscopique
Stérilité masculine
Impuissance Sexuel



الدكتور علي المساوي

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء
إختصاصي في جراحة المسالك البولية
المنظار الداخلي - العقم عند الرجال

Compte rendu Echographique

DATE : 03/10/2023

NOM : RAFID ABDELKADER

Echographie urinaire:

Rein droit : est de taille normale, contours réguliers avec bonne différenciation cortico médullaire, sans dilatation des cavités pyelocalicielles.

Rein gauche : est de taille normale, contours réguliers avec bonne différenciation cortico médullaire, sans dilatation des cavités pyelocalicielles.

Vessie : à parois épaisses et à contenu anéchogène.

Prostate : évaluée à 40cc, d'échostructure hétérogène.

RPM : à 15ml.

Pr EL moussaoui

Dr. ALI EL MOUSSAOUI
Urologue
301, Imn. Al Miraj Center
Bd. Abdelmoumen N°36
Casablanca - Tél : 0522 86 04 10

شارع عبد المومن- المعراج مركز- رقم 36- الدار البيضاء الهاتف 05.22.86.04.10
Bd. Abdelmoumen, 49 Almiraj centre -3eme étage -n°36 Tél 05.22.86.04.10

Dr. ALI EL MOUSSAOUI

Pr. à la Faculté de médecine de Casablanca

Spécialiste en Urologie

Chirurgie endoscopique

Stérilité masculine

Impuissance Sexuelle

الدكتور علي المساوي

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في جراحة المسالك البولية

المنظار الداخلي - العقم عند الرجال

Casablanca : 03/10/2023

Code INPE : 091037572

FACTURE

Mr : RAFID ABDELKADER

Consultation : 300DH

Echographie : 400DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cents dirhams

Signature

Dr. ALI EL MOUSSAOUI
Urologue
301, Imm. Al Miraraj Center
Bd. Abdelmoumen N°36
Casablanca - Tél : 0522 86 04 10

Almiaraj Center, angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual. 3^{ème} étage N° 36. Casablanca