

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, parodontologie 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-537690

33577

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2226 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ELHAMZI My Ahmed

Date de naissance : 31-08-56

Adresse : 21 rue 50 Hay Nandaron Am Chock

Tél. : Total des frais engagés : 300 + 100 + 30 + 30 + 30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 07 / 08 / 2020

Nom et prénom du malade : ELHAMZI MY AHMED Age : 63

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

Nature de la maladie : Diabète de type 2

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) :

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
03/10/2020				INP : 0911230391

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/2020	60130

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

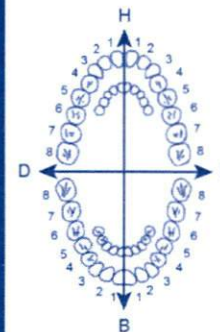
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

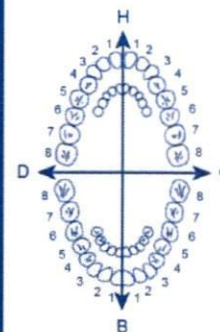
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
	B		

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Yassine ZARKIK

Chirurgien Urologue

Diplômé de la faculté de médecine de Lausanne

Ancien chef de clinique au CHUV Lausanne Suisse

Ancien Médecin Chef service Urologie à l'hôpital du valais - Suisse



الدكتور ياسين زركيق

جراحة الكلى والمسالك البولية

أخصائي الجهاز البولي والتناسلي

خريج كلية الطب بلوزان - سويسرا

رئيس قسم الطب والجراحة سابقا بمستشفيات واليس - سويسرا



ORDONNANCE

Casablanca le : 10.7.2020.

607,30 M' ELHAMZI Moulday Ahmed

1/

Flotral 10



448,30

2) Coralan 5

3) Tigra Men +

T=607,30



Dr. Yassine ZARKIK
Chirurgien Urologue
Bd. El Qods Résidence Al Hakim
2ème Etage Ain Chock - Casablanca
Tél: 05 22 50 64 65 - GSM: 06 32 34 08 08

Bd. El Qods, Rés. Al Hakim, Lot. Assakan Al Anik, N° 1, 2ème Etage Ain Chock - Casablanca

Tél: 05 22 50 64 65 - GSM: 06 32 34 08 08 - Email: drzarkik.y@gmail.com

INPE : 091230391 - ICE : 002269080000040

MMS Flowmaster: Débit urinaire

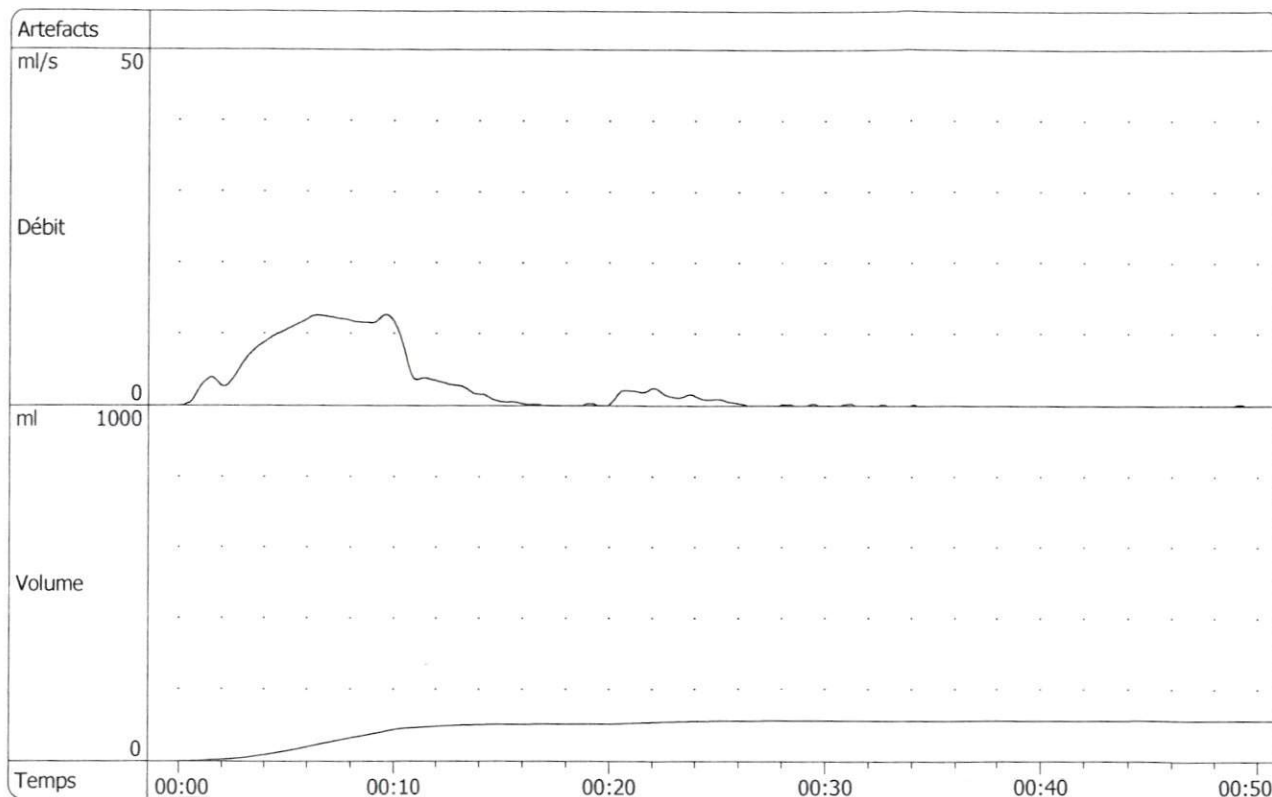
ELHAMZI, MOULAY AHMED



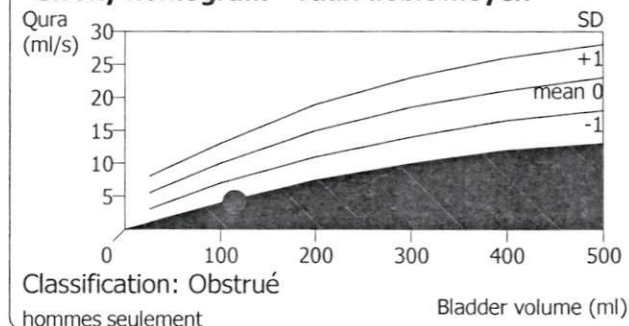
Sexe: Homme
Date de naissance: 31/08/1956
Numéro de patient:

Date/heure d'examen: 10/07/2020 / 14:59
Numéro d'examen:
Hôpital: Dr YASSINE ZARKIK

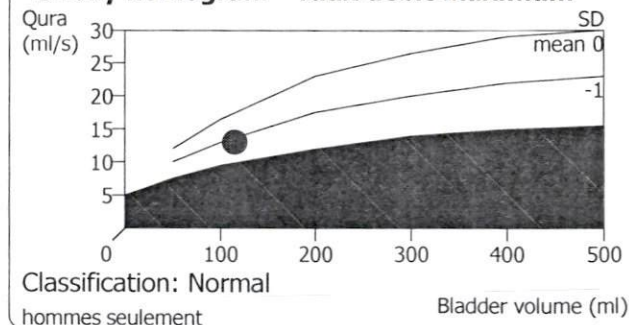
Imprimer date/heure: 10/07/2020 / 15:00
Flowmaster: MMS FLOWMETER - PE15-9FLMB6827



Siroky nomogram - Taux débit moyen



Siroky nomogram - Taux débit maximum



Résultats

Taux débit moyen : 4,3 ml/s
Taux débit maximum : 12,7 ml/s
Temps jusqu'au débit maximum : 9,2 s
Volume évacué : 114,6 ml
Temps débit : 21,5 s
Temps évacuation : 25,6 s
Intervalles : 2

Commentaires