

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-537690

(33577)

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : 01226		Autre : RAM Retraite -	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		Nom & Prénom : El HAMZI My Ahmed	
Date de naissance : 31/08/56		Adresse : 21 rue 50 Hay Nandaroma Al Chock	
Tél. :		Total des frais engagés : 300 + 607 = 907 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. Kassim Ben Youssef Résidé à Casablanca 21 Rue 50 Hay Nandaroma Al Chock - 06 32 26 022 87 82 391	
Date de consultation : 20/07/2020	Nom et prénom du malade : EL HAMZI
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	Age : 63
Nature de la maladie : Diabète et ALC	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 21/11/2020	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

#### **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
03/10/2020	10.7	100,00	INP : 10911230391 Dr. Yassine Chahed Résidence Al Housseini Check - C-001 03/10/2020	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/2022	604,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

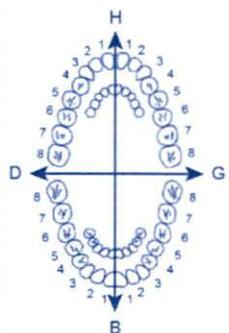
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

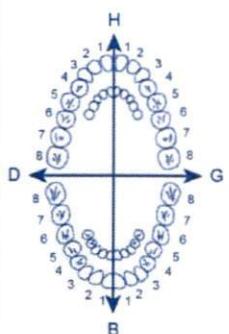


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

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

**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 زرقق  
جراحة الكلى والمسالك البولية

أخصائي الجهاز البولي والتسلسي

خريج كلية الطب بلوزان - سويسرا

رئيس قسم الطب والجراحة سابقاً بمستشفيات واليس - سويسرا



## ORDONNANCE

Casablanca le : 10.7.2020.

M' ELHAMZI HOUAYAH

N° 1 Flostral 1s



N° 2 Coralan 1s



N° 3 Tigra Men + 1s

PPV: 448DH00

T: 607,30

Dr. Yassine ZARI  
Chirurgien Urology

Bd. El Qods Résidence Al Hakim  
2ème Etage Ain Chock - Casablanca  
05 22 50 64 65 - GSM: 06 32 34 08 09

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

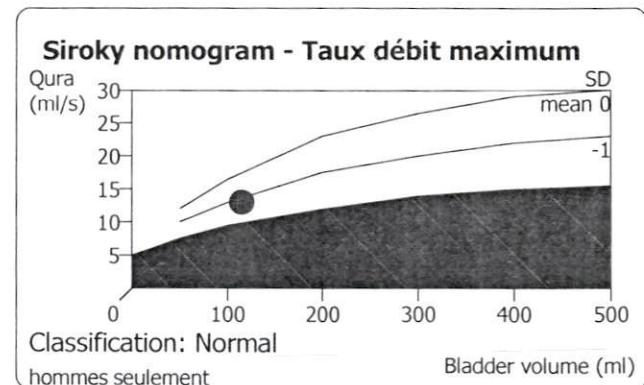
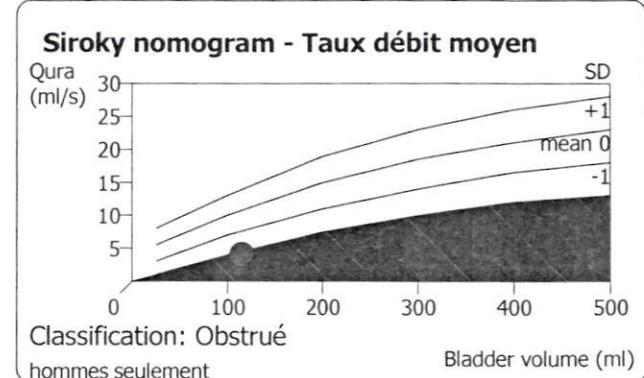
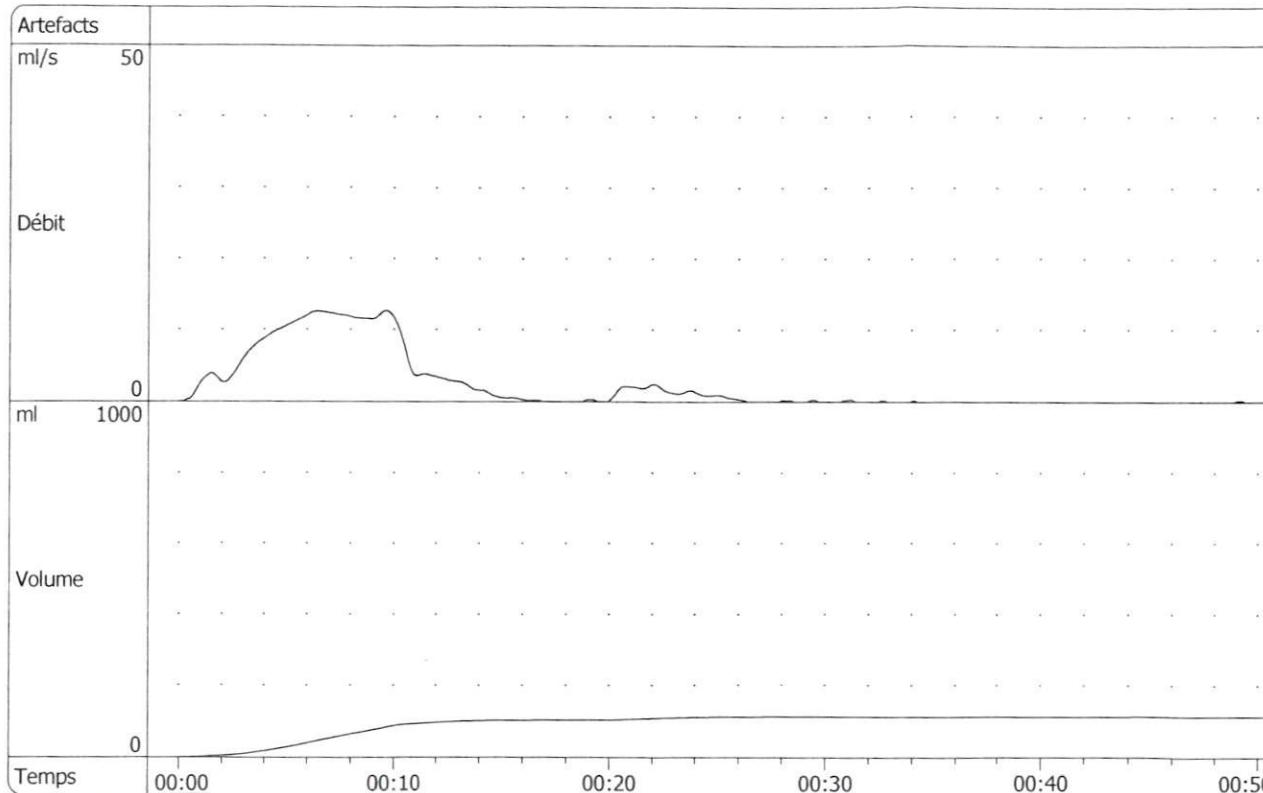


Sexe: Homme  
Date de naissance: 31/08/1956  
Numéro de patient:

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

ELHAMZI, MOULAY AHMED

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



## 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

---

---

---

---

---

---

---