

# 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.

## Biologie 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053959

N° 35444

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1494 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENKADIR MOSTAFA  
Date de naissance : 03/06/1954  
Adresse : 19 RUE BAALABAK ETG 2 N° 6  
BENJAI. CASA 20120  
Tél : 06 22 04 23 81 Total des frais engagés : 700,- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 16/03/2020  
Nom et prénom du malade : Age : 65  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : TUBA  
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 : Casa Le : 04/08/2020  
Signature de l'adhérent(e) :

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
16-3-2020	Radiographie		700.00	

# 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

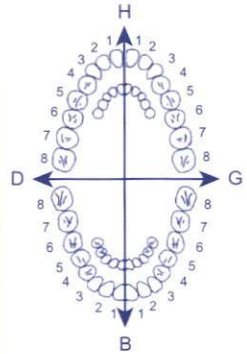
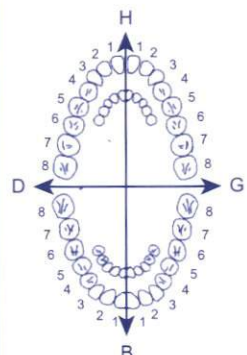
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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'EXEC

**Docteur Hamid Fekak**  
Membre de l'European  
Association of Urology et  
de la Société Internationale  
d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie  
des reins et des voies uro-  
génétales, Laser Prostate
- Cancerologie Uro-génitale
- Statique Pelvienne  
et incontinence urinaire
- Infertilité masculine  
et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser  
des Calculs urinaires
- Circuncision
- Echographie et explorations  
Urodynamiques

الدكتور حميد فكاك  
عضو الجمعية الأوروية  
والعالمية لجرحة الكلى  
والمسالك البولية  
• البراحة والفحص بالمنظار  
للمسالك البولية والتناسلية  
• اخضاعتي سرطان الكلى  
والمثانة والبروستات  
• السليم البولي  
• العقم والعقم التنسي  
• الخناز  
• تفتيت بطون جرحة لحصى  
الكلى والمسالك البولية  
• الفحص بالصدى

**Professeur Hamid Fekak**

الدكتور حميد فكاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales  
Ex. enseignant à la faculté de médecine de Casablanca  
أستاذ جراحة الكلى والمسالك البولية

Casablanca le .....

**16/03/2020**

## NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : Mr **BENKADMIR MOSTAPHA**

### Nature de l'acte :

- ✓ Consultation =300dhs
- ✓ Echographie renale et vesico-prostatique=400dhs

La présente note d'honoraires s'élève à la somme

De : Sept cents dirhams (700dhs).

Professeur H. FEKAK  
Chirurgien Urologue  
المسالك البولية  
43 Av. 2 Mars, Casablanca  
Tél.: 0522 47 14 58 Fax: 0522 47 14 58



ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,  
1<sup>er</sup> étage, N°1  
Casablanca - 20490  
Tél. : 05 22 47 14 57  
Fax : 05 22 47 14 58  
Gsm : 06 65 405 901  
hafekak@yahoo.fr



**Professeur Hamid Fekak**  
الدكتور حميد فكاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales  
Ex. enseignant à la faculté de médecine de Casablanca  
أستاذ جراحة الكلى والمسالك البولية

Casablanca le .....

16/03/2020

**Nom du patient : Mr BEN KADMIR MOSTAPHA**

**ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO PROSTATIQUE**

**Résultats :**

- ✓ Les reins sont de taille normale de contours réguliers, d'échostructure homogène, mesurant respectivement 11.09/5.25cm à droite et 10.74cm à gauche.
- ✓ Pas de dilatation des cavités rénales.
- ✓ Vessie en bonne réplétion à paroi régulière.
- ✓ La prostate mesure approximativement 4.87/3.52/3.80cm soit un volume de 34.03cm<sup>3</sup> d'échostructure homogène.
- ✓ Pas d'anomalie des vésicules séminales et de la graisse péri-prostatique.
- ✓ Après miction il ne persiste pas de RPM significatif.

**Au total :**

- **Hypertrophie prostatique homogène sans retentissement sur le haut appareil urinaire.**

Professeur H. FEKAK  
Signature

ICE 002213319000050

43, Avenue 2 mars, 1<sup>er</sup> étage, N°1, Casablanca - 20490

Tél : 05 22 47 14 57 Fax : 05 22 47 14 59 Cell : 06 65 405 001 h.fekak@casaboo.fr



