

## 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W19-539604

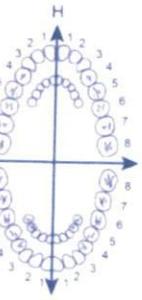
YD 37530

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1530	Société :	Ram
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	DR RAFAIE
Nom & Prénom : MANSOUR HASSAN			
Date de naissance :	15/05/1951		
Adresse :	32, Rue des Beyines MARRAKCH CASABLANCA		
Tél. :	0661 4646 41	Total des frais engagés : Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	HB D		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Age : 25		
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	
04/06/2020	Acte de soins		200,00	INP : INPE 091121657	
04/06/2020	Acte de soins		400,00		
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture			
DR SUD SAINT BARTHÉLEMY	04/06/2020	1082,60			
ANALYSES - RADIGRAPHIES					
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	

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																
 <b>SOINS DENTAIRES</b>		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
 <b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	<hr/>		D	B	00000000		35533411 11433553	
		H	G													
		25533412 00000000	21433552 00000000													
		<hr/>														
		D	B													
		00000000														
		35533411 11433553														
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											
		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>														
		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>														



ID : 626557 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272,00 DH  
6 118001 141654

ID : 626557 GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 272,00 DH  
6 118001 141654

**Dr. Saadallah Khalid**

**Chirurgien Urologue**

Coeliochirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancerologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitemet de la prostate par laser green light

Traitemet des calculs urinaires au laser holmium

Enuresie chez l'enfant

Circoncision

Sterilité masculin **MR manane hassan**

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

**الدكتور سعد الله خالد**

جراحة الكلي والمسالك البولية والتغاثية

عضو الجمعية الأوروبية و الفرنسية لجراحة الكلي

فحص وجراحة الكلي والمسالك البولية بالمنظار

عند الكبار والأطفال

تفتيت حص الكلي والمسالك البولية

بأشعة الميموم ليزر

جراحة البروستات باشعة غرين لايت

علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول الإلإرادي عند الأطفال

جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

### Compte rendu d'échographie

**Rein droit : de taille normale, contour régulier**

***Bonne différenciation cortico-sinusale pas***

***De dilatation des CPC ni de lithiase.***

**Rein gauche : de taille normale, contour régulier**

***Bonne différenciation cortico-sinusale pas***

***De dilatation des CPC ni de lithiase.***

**Vessie : paroi non épaisse, contenu transsonore**

***Absence de résidu poste mictionnel.***

**Conclusion : échographie normal.**

Dr SAADALLAH Khalid  
Chirurgien Urologue  
101 Angle 30 - bld Elmoumen  
et Bd Anoual - Casablanca  
Tel: 05 22 86 33 99

**Dr. Saadallah Khalid**

**Chirurgien Urologue**

Coeliochirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancerologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitement de la prostate par laser green light

Traitement des calculs urinaires au laser holmium

Enuresie chez l'enfant

Circoncision

Sterilité masculine - AMP

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

**الدكتور سعد الله خالد**

جراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية و الفرنسية لجراحة الكلى

فحص و جراحة الكلى والمسالك البولية بالمنظار

عند الكبار والأطفال

تفتيت حصى الكلى والمسالك البولية

بأشعة الميوم ليزر

جراحة البروستات بأشعة غرين لايت

علاج العقم والعجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول الإرادي عند الأطفال

جراحة الفتقة عند الكبار والأطفال

Casablanca, le : .....

## **FACTURE**

**Nom : manane hassan**

**CONSULTATION : 200DH**

**ECHOGRAPHIE:400DH**

Dr SAADALLAH  
Chirurgien Urologiste  
101, Angle Bd.  
et Bd Anoual Casablanca  
Tel: 05 22 86 33 99



زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال، عمارة عبد المؤمن سانتر، فوق مقهى سيزان، الطابق الأول رقم 101 – الدار البيضاء 452

452 Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Res. Abdelmoumen center au dessus du café seazen,  
1er Etage N°101 - Casablanca - Tél.: 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgences : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64

B 0 - Frq 5.0 MHz  
Gn 71  
E/A 0/  
Carte C10N  
D 16.0 cm  
DR 66  
FR 26 Hz  
AO 100 %



B 0 - Frq 5.0 MHz  
Gn 71  
E/A 0/  
Carte C10N  
D 16.0 cm  
DR 66  
FR 26 Hz  
AO 100 %



B 0 - Frq 5.0 MHz  
Gn 71  
E/A 0/  
Carte C10N  
D 16.0 cm  
DR 66  
FR 26 Hz  
AO 100 %

