

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° W19-543869

4929X

AMPL

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18731

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUKASSE

HOUSSAM

Date de naissance : 29-04-1991

Adresse : QUARTIER ALMAZ - RESIDENCE AMBAR 3
IMM A - APT 21 - CASABLANCA

Tél. : 0661846053

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2010

Nom et prénom du malade : MOUKASSE HOUSSAM

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Lithiascénale

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
10/09/20	CF		300.00	INP : 031037002 Prof : Dr. A. N. 46, Bd. Hassan II, Casablanca 20522 98 98 12/2 98 22

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>										
	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</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>	H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	DATE DU DEVIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
		H	G											
		25533412	21433552											
		00000000	00000000											
		00000000	00000000											
		35533411	11433553											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز أمراض الكلى وتصفية الدم الكلية Centre des maladies du Rein et de Dialyse AL KILYA

Dr. BOUJIDA Meryem

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse
et Transplantation Rénale



الدكتورة بوجيدة مريم

اختصاصية في أمراض الكلى،
تصفية الدم و زرع الكلى

ORDONNANCE

Casablanca, le : 25/06/2020

cher collègue ,

Je vous présente M^r HOESSAM MOUKASSE
âgé de 29ans qui présentait une
urétrite hydrocephalique gauche chez lui .
Microcalcul méatrique et des
Micocalcels rénaux suivit un
obstruction . 3 calculs expulsé avec
à l'œil de chat : Pernistauce
d'une discrète ectasie calicielle
de veine gauche du vésicule

groupe nèpendeer løyen geïnfier

fa Bilal : Preïde Nonol .

urée = 2,22 creat = 6,92

Ac. urique = 55,2

Ca = 23,45

Pb = 35,63

glycémie à jeun = 0,96

ECBU = leucocytose - Pas d'HLU .
cellule strié .

Embraternelle +



**Professeur
Abdennabi Joual**

Chirurgien Urologue
Andrologue

Ancien Professeur d'Urologie à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Ancien Président de l'Association
Marocaine d'Urologie

Membre de l'Association
Européenne d'Urologie



Cabinet d'Urologie
Professeur Joual
عيادة أمراض المسالك البولية
الاستاذ جوال

الدكتور

عبدالنبي جوال

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابق للجمعية
المغربية لجراحة المسالك البولية

عضو بالجمعية
الأوروبية لجراحة المسالك البولية

10.09.2020

Casa le

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, Professeur JOUAL Abdennabi, certifie avoir reçu
de Monsieur MOUKASSE Houssam la somme
de TROIS CENT dirhams (300 dirhams) concernant l'acte suivant :
- CONSULTATION.

Fait pour servir et valoir ce que droit.

Professeur JOUAL Abdennabi

Professeur Abdennabi JOUAL
Chirurgien Urologue
416 route Abdellatif Ben Slimane
Casablanca 20120
Tél. 0522 98 98 12
Fax 0522 98 98 22
N°3