

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 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

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



MD° - 17231

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014354

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) ZOUAFI MOHAMED

Matricule : 5738 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZOUAFI med Date de naissance : 31/12/1955

Adresse : CITE EL HAWK Imm 1 Apt 17 - Casa

Tél. : 0661769233 Total des frais engagés : 1813,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/01/2020

Nom et prénom du malade : ZOUAFI Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Hypertrophie prostatique

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 : 20/01/2020


Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
15/09/2020	C2		300,00	
15/10/2020	odontologie avec échographie		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/10/2020	1213,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

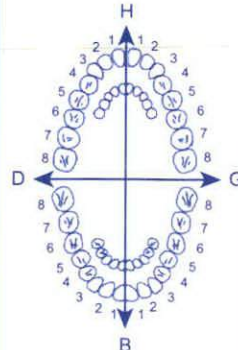
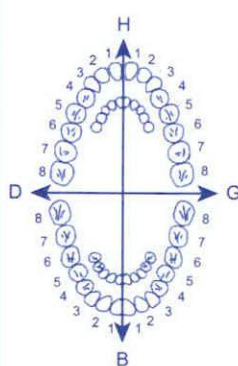
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'OD

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>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	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'EXECUTION

280, شارع بوردو - بوركون، (الطابق الأول) الدار البيضاء - E-mail : adil.ejjennane@gmail.com - urologie.bordeaux@outlook.fr

153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



153,30

Permixon 160 mg
30 GÉLULES



LOT : 19E001V
PER : 03 2022
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

LOT : 19E001V
PER : 03 2022
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

LOT : 9MA016
PER : 08 2021
TAMSULOSINE WIN LP
0,4MG GELU B30
P.P.V : 98DH00
6 118000 062257

Dr Adil EJ-JENNANE

CHIRURGIEN UROLOGUE

Ancien Chef de Clinique d'Urologie
des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Membre de l'Association Française d'Urologie

Chirurgie des voies urinaires et organes génitaux
Cœlioscopie, Endo-urologie
Lithotripsie extra-corporelle, Urétéroscopie souple laser
Stérilité Masculine, Impuissance
Echographie urinaire, Fibroscopie urinaire
Circoncision

الدكتور عادل الجنان

جراحة الكلي و المسالك البولية و التناسلية

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلي و المسالك
البولية بالمستشفى الجامعي بستراسبورغ
عضو في الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

جراحة بالتنظير
تفتيت الحصى بالأشعة
الأمراض التناسلية و العقم عند الرجال
الفحص بالصدى
الفحص الداخلي بالتنظير
طهارة الأطفال

15/01/2020

Patient: Mr ZOUAFI Mohamed

Date de naissance: 31/12/1955

NOTE D'HONORAIRES

Consultation Spécialisée C 2

300,00 dh

Débitmétrie urinaire avec mesure échographique du
résidu post-mictionnel

300,00 dh

TOTAL

600,00 dh

Dr Adil EJ-JENNANE


CHIRURGIEN UROLOGUE
201, Bd. Bordeaux - Bourgogne 1er Etage
Casablanca - Tél: 05 22 47 40 54 / 06 18 62 00 63

280, Bd de Bordeaux - Bourgogne (1^{er} étage) - Casablanca - Tél.: 05 22 47 40 54/55 - Urgences : 06 18 62 00 63
280, شارع بور دو - بورغون، (الطابق الأول) الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 47 40 54/55 - المستعجلات : 06 18 62 00 63

E-mail : adil.ejjennane@gmail.com - urologie.bordeaux@outlook.fr

MMS Flowmaster: Débit urinaire

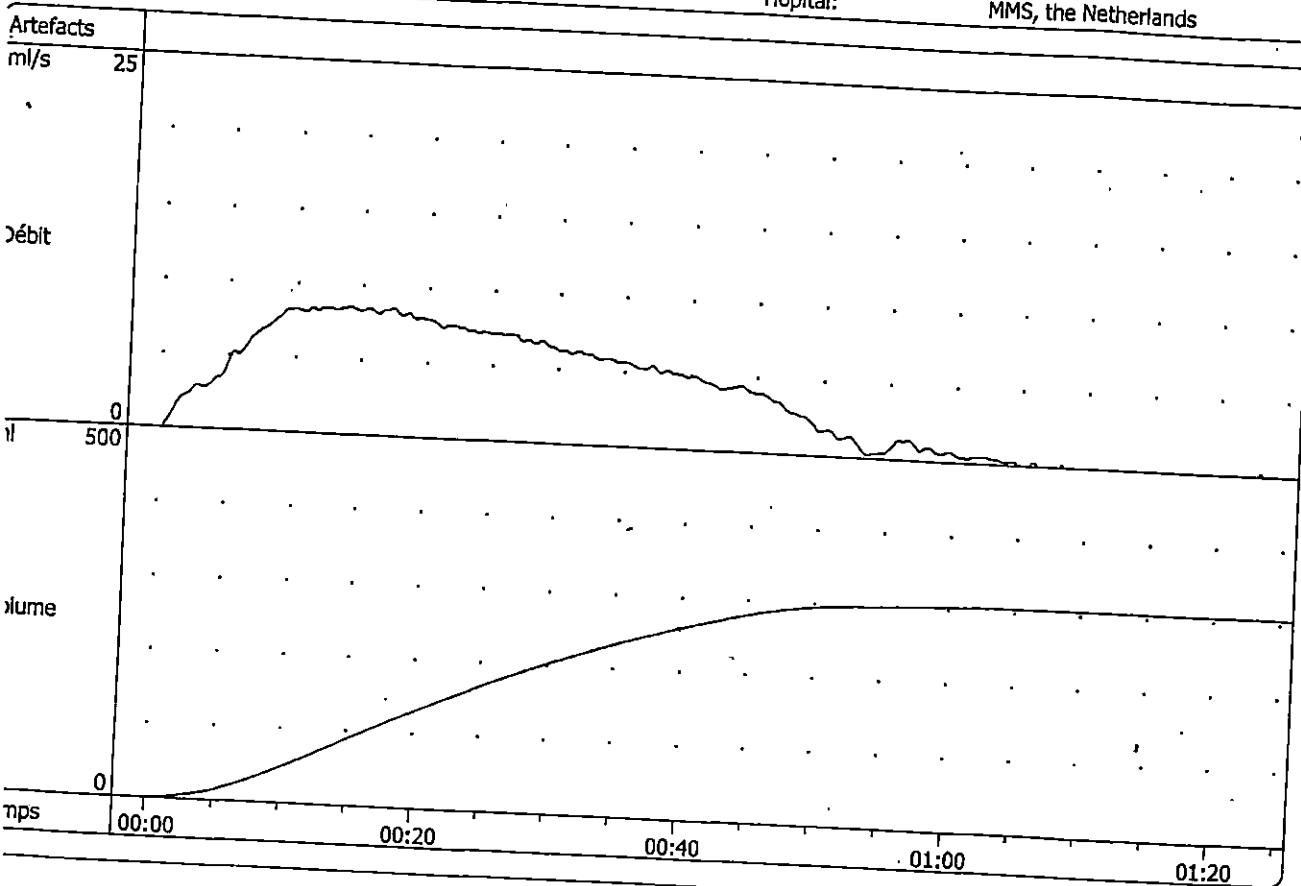


Sexe: Homme
Date de naissance: 31/12/1955
Numéro de patient:

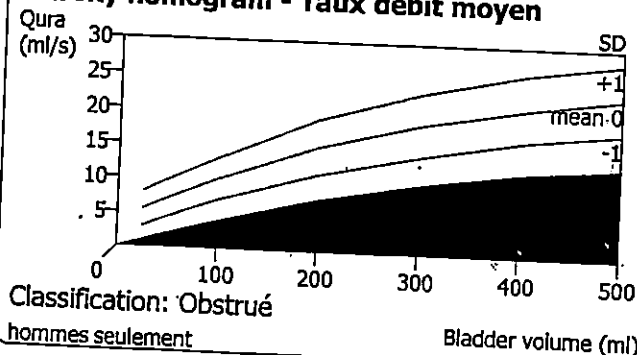
Date/heure d'examen: 15/01/2020 / 16:31
Numéro d'examen: 6
Hôpital: MMS, the Netherlands

ZOUAFI, Mohamed

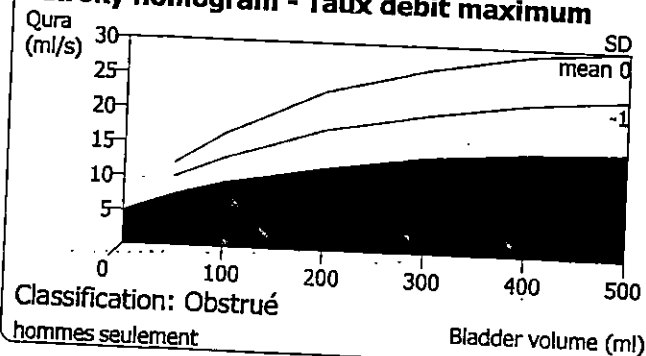
Investigator: Dr EJ-JENNANE
Imprimer date/heure: 15/01/2020 / 16:40
Flowmaster: MMS FLOWMETER - PE15-9FLMB6448



Siroky nomogram - Taux débit moyen



Siroky nomogram - Taux débit maximum



Résultats

Taux débit moyen : 4,7 ml/s
Taux débit maximum : 8,6 ml/s
Temps jusqu'au débit maximum : 16,9 s
Volume évacué : 306,4 ml
Temps débit : 62,7 s
Temps évacuation : 63,0 s
Intervalles : 1

Commentaires

Courbe d'allure obstructive chez un patient sous bithérapie avec un débit maximal diminué de 8,6 ml/s pour un volume de 306 ml. Résidu post-mictionnel estimé à 80 ml.

Dr. EJ-JENNANE
CHIRURGIEN UROLOGUE
15/01/2020 16:40
15/01/2020 16:40