

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 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

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° P19- 061348

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

57990 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0442 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MERZAO AHMED

Date de naissance : 01.01.1944

Adresse : 396 NAWPASS DAR BOUAZZA - CASA

Tél. : 0671907244 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur EL M. EL MOHAMMED
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. 0522 71 11 11 - Fax 0522 71 11 11

MUPRAS
02 SEP 2009
ACCIDENT

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Affection longue durée

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) :


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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/01/21 | C | 3 | #300DH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 21/01/21 | 321.80 |
| | 23/01/21 | 299.20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 22/01/21 | B120+ pdt | 1160DHS |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

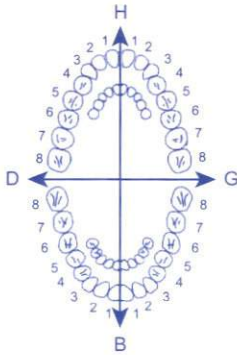
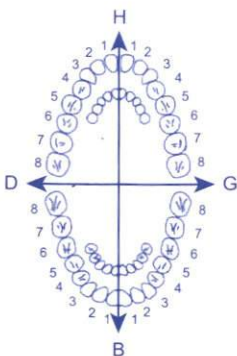
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|---------------------|-------------------------|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Professeur EL MRINI M Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد
أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le 21 JAN 2021

Mr. Mohamed Akhoul

PPV: 172,20 DH

172.20

UROLINE



74.80 x 2

MECUP 50

74.80 x 4

299.20

321.80

14/1 x 1/1



Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 36 36

LOT: 095
PER: JUN 2023
PPV: 74 DH 80

LOT: 095
PER: JUN 2023
PPV: 74 DH 80

LOT: 097
PER: OCT 2023
PPV: 74 DH 80

LOT: 097
PER: OCT 2023
PPV: 74 DH 80

LOT: 097
PER: OCT 2023
PPV: 74 DH 80

LOT: 097
PER: OCT 2023
PPV: 74 DH 80

76, Bd. Abdelmoumen, 3ème étage, Casablanca
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80

طابق الثالث الدار البيضاء
E-mail: melmri

76

Metacritic

Professeur EL MRINI M Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد
أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية
عضو الجمعية العالمية لجراحة
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le 21 JAN. 2021

m merrini shur

EL MRINI

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. : 05 22 29 27 39

Professeur EL MRINI Mohamed
Chirurgien Urologue
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. : 05 22 25 36 36 - Fax : 05 22 25 88 80

Facture

N° facture : 2021-0265

Edité le : 22/01/2021 08:55:19

Patient : Mr MERZAQ Ahmed

Date prélèvement : 22/01/2021

| Analyses | Valeur en B | Montant |
|---------------------------------------|-------------|---------|
| EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES | 120 | 160,80 |
| Total B | 120 | 160,80 |
| APB | 25,0 | 25,00 |
| Déplacement | | 0,00 |
| Remise | | 35,80 |
| Total | | 150,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante dirhams***

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél. 05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19
Fax: 05 22 96 57 60



Casablanca, le 23/01/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 220121-002 Pvt du: 22/01/2021 8:18

Nom : Mr MERZAQ Ahmed

Demandé par Dr : EL MERINI M

Page : 1/2

MICROBIOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

MACROSCOPIE

Aspect : Trouble

CHIMIE URINAIRE

Sucre : Absence

Corps cétoniques : Absence

Sang : Présence++

Protéines : Présence+

Nitrites : Absence

pH : 6,50

ETAT FRAIS

Cellules épithéliales : Rares

Leucocytes : 1 632 000 /ml (Inférieur à 10000)

Hématies : 128 000 /ml (Inférieur à 5000)

Cylindres : Absence

Cristaux : Absence

Levures et filaments mycéliens : Absence

PARASITOLOGIE

Trichomonas vaginalis : Absence

BACTERIOLOGIE

Examen direct après coloration de gram : Absence de germes

Culture

Culture : Négative

Numération : < 1000 UFC / ml

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot. Sahel Dar Bouazza
CASABLANCA
Tél: 05 22 29 27 39 / 06 62 68 49 19
Dr. BAHRI Leyla

Mr MERZAQ Ahmed

Dossier N° : 220121-002

Page : 2/2

Dissociation cyto-bactériologique.

Valeurs Usuelles

Antériorité

Nous vous remercions de votre confiance

Laboratoire Dar Bouazza
N° 23 Lot Sahel Dar Bouazza

Dr. BAHRI Leyla