

# 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.



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 050815

Optique 59491  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5575 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAIFI YASMINE / ABDELLAH

Date de naissance :

16-04-59

Adresse :

TE TOUAN

Tél. :

06 20 13 42 23

Total des frais engagés : 160.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOUHAÏL REGGAGH  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
INPE : 161252978

Date de consultation : 21/01/21

Nom et prénom du malade : Chaifi Yasmine Age : 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GRÈVE URINAIRES

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

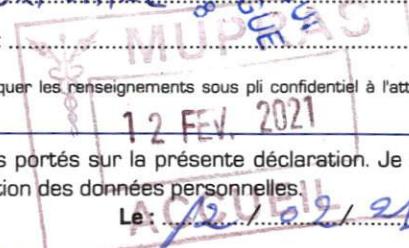
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 12/02/21

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
01/07/2021	G			<i>Dr. SOUHAL REGAGUI CHIRURGIEN UROLOGUE INPE : 161252978</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES &amp; BIOPHYSIQUE DE REPRODUCTION</i> Tél: 01 72 45 59 / 08 00 52 9 133 Adresse: Av des FAR 75013 PARIS	29/01/21	140.B.	160.04

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

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			Coefficient des Travaux
	H	25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B	G	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'EXECUTION

**Dr. Souhail REGRAGUI**

Chirurgien Urologue  
Andrologue

Diplômé en oncurologie - Université Paris XI-  
Mlle CHAFI Yasmin  
le Rabat -  
01-11-2003 F  
Rabat -



**الدكتور سهيل الركراكي**

اختصاصي في أمراض و جراحة الكلى.  
المسالك البولية والأنسجة التناسلية

دبلوم في سرطانات المسالك البولية - جامعة باريس -  
دبلوم الجراحة بالمنظار - جامعة الرباط -  
دبلوم الإيكوغرافي - جامعة الرباط -



ORÉO

2101290062

21/01/2021

NOM PRENOM : \* chafi yasmin - A11043 \*

**ECBU +/- antibiogramme**

après 2<sup>j</sup> de l'ATB  
(dans 1 semaine)

**LABORATOIRE DU NORD**  
**D'ANALYSES MÉDICALES**  
**& BIOLOGIE DE REPRODUCTION**

Tél: 0539 724 559 / 0808 539 433 Urgences: 0539 724 559  
Adresse: Av des FAR Résidence Opéra 1

**Dr. SOUHAIL REGRAGUI**  
**CHIRURGEN UROLOGUE**  
Av des FAR, Résidence Opéra, Bloc 13  
Bureau N°5 Tétouan. Tél: 05 39 72 67 32  
INPE : 161252978



Dr. CHAOUI Tarik | Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 29-01-2021

Heure : 10:48

Né(e) le : 01-11-2003 (17 ans)



**Mlle CHAFI Yasmin**

Dossier N° : **2101290062**

Date de l'ordonnance : 29-01-2021

Prescripteur : Dr REGRAGUI SOUHAIL

TETOUAN le 29-01-2021

**FACTURE N° : 2101290062**

<b>Récapitulatif des analyses</b>			
<b>Analyse</b>	<b>Clé</b>	<b>Coefficient</b>	
Prélèvement sur écouvillon ou mycologique	E		25
Examen Cyto Bacteriologique Urines + ATB	B		140

**TOTAL DES B 140 B**

**TOTAL DOSSIER 160 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : **cent soixante dirhams**

**LABORATOIRE DU NORD**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
**& BIOLOGIE DE REPRODUCTION**  
 Tel: 0539 724 559 / 093 557 121 / 0669 225 610  
 Address: Av des FAR, Résidence Hania 1 RDC - Tétouan