

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

N° W21-603372

60504



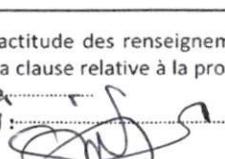
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent			
Matricule : 02881	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUKHARI - HASSANE			
Date de naissance : 11/11/1954			
Adresse : 11 Rue de Versailles - Belvédère (Palestine) Appart 3 étage 3 Casablanca 20300			
Tél. : 06 55 41 46 97	Total des frais engagés : 12 63.10 Dhs		
07 70 57 62 70			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 12/12/2021			
Nom et prénom du malade : BOUKHARI			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : myopathie			
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.			

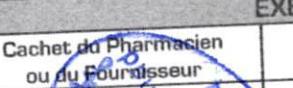
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent : 

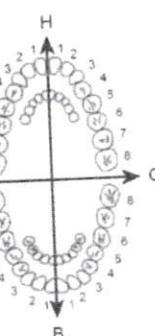
Le : 12/12/2021

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
28/11/23	Chir Exmo		200 400 600 br	INP : 0910401717 Signature et cachet du Médecin Date : 28/11/23 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/01/23	663,45

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for treatment of teeth 1-8)	Nature des Soins (Rows for nature of treatment)	Coefficient (Rows for 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"/>																
				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"/>																
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H		G		D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	21433552	00000000	B	11433553		
H		G																		
D	00000000	00000000	G																	
00000000	35533411	21433552	00000000																	
B	11433553																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

*Docteur Chaoui Roqi Chakib
Chirurgien urologue
196, Avenue Mers Sultan
Casablanca
Tel: 05 22 26 56 69*

FACTURE

NOM : BOUKHARI

PRENOM : HASSAN

DATE :

12 JAN 2021

❖ Consultation spécialisée : 200 D.H.

❖ Echographie rénale et vésico-prostatique : 400 D.H

❖ TOTAL : 600 D.H (Soit six cent dirhams)

SIGNER :

الدكتور شاوي
Docteur Chakib CHAOUI
Chirurgien Urologue
196, av Mers Sultan 2eme Etage
Tel: 022.26.54.69 Casablanca

Docteur CHAOUI Chakib
Chirurgien Urologue
196 Avenue Mers Sultan
Casablanca
Tél : 05 22 26 54 69

COMPTE RENDU D'ECOGRAPHE

NOM : BOUKHARI

PRENOM : HASSAN

DATE :

12 JAN 2021

REINS : Les deux reins sont de taille normale ; de contours réguliers.

Bonne différenciation cortico-médulaire.

Absence de dilatation des cavités pyéliques et calicielles.

VESSIE : La vessie est d'écho structure homogène ; transonore ; à paroi fine *épaisse*.

PROSTATE : La prostate est d'écho structure homogène ; ses dimensions sont *59/38/38*...

Ce qui correspond à un poids d'environ *72* grammes

Dr. CHAOUI Chakib
Chirurgien Urologue
196, Av. Mers Sultan 2^{ème} Etage
Casablanca
Tél. 022 26 54 69