

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## tions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## ologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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 caractére 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](http://www.mupras.com)

Matricule : 454 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABALI Nohamed

Date de naissance : 1943

Adresse : 127 Rue Abou WATT Khalaf Res Sekkat 2<sup>me</sup> etage

APPN 3 Quartier Bourgogne CASH

Tél. : 0665 71 68 84 Total des frais engagés : 1300 Dhs

**Centre d'Urologie**  
Professeur Saâd BENJELLOUN  
- Chirurgien Urologue -  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd Zerkouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12/13/14

Date de consultation : 17 AOUT 2021

Nom et prénom du malade : ABALI Nohamed Age : 78

Lien de parenté :  Lui-même  Professeur Saâd BENJELLOUN

Nature de la maladie :  Chirurgien Urologue  Ancien Chef du Service d'Urologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :  Cas de maladie  Cas de maladie  Cas de maladie

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 : 17/08/2021

Signature de l'adhérent(e) : ABALI Nohamed

**RECEPTION** **22 SEPTEMBRE 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
7 AOUT 2021	Déterminant	1	300,00	Centre d'Urologie Professeur Saâd BENJELLOUN - Chirurgien Urologue - - Chef du Service d'Urologie - Bourg, Résidence les Peurs 0322 88 01 12/13/14

## 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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

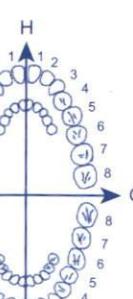
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			Coefficient des travaux
			Montants des soins
			Début d'exécution
			Fin d'exécution
			

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Rapport urodynamique

## CENTRE D'UROLOGIE PROFESSEUR SAAD BENJELLOUN



Nom du Patient MOHAMED ABALI

Assistant

PR SAAD BENJELLOUN

N° Patient

Examinateur

Date de naissance 02/02/1943

Médecin trait.

17/08/2021

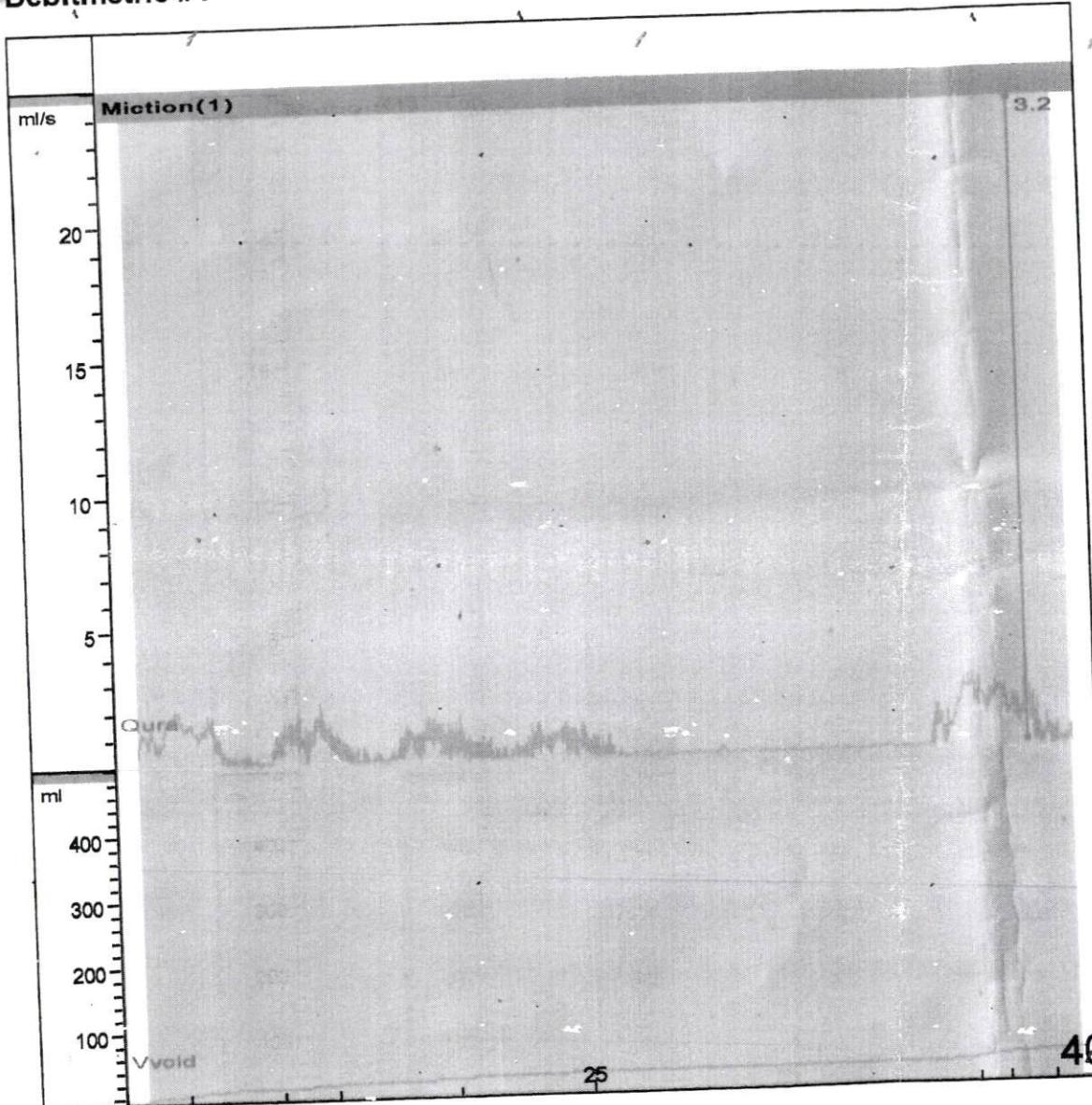
Diagnostic : Troubles mictionnels

Commentaires : Dysurie

Signature examinateur

Professeur Saad BENJELLOUN  
Ancien Chef du Service d'Urologie  
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs  
Casablanca - Tel. : 0522 88 01 12/13/4

## Débitmétrie #1



Miction	(1)
Emplacement du patient	Couché
Débit maximum	(ml/s) 3.2
Volume uriné	(ml) 40
Durée de la miction	(s) 81
Temps du débit	(s) 31
Débit moyen	(ml/s) 1.3
Temps à débit max	(s) 77
Pdet max	(cmH2O) -
Résidu	(ml) -
Volume uriné à débit max(ml)	39

N° Patient:

MOHAMED ABALI

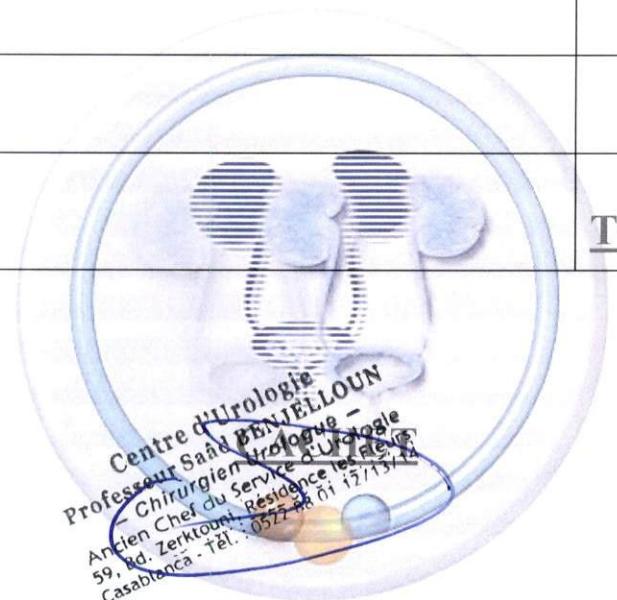
Date de l'examen: 17/08/2021

**FACTURE N°21081701**

*Casablanca, le 17. 08.2021*

*je soussigne certifie que **MONSIEUR ABALI MOHAMED** payé la somme de :*

**1300.00 (MILLE TROIS CENT DIRHAMS) ESPECE**



N°I.C.E :001638312000001