

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- 066520
85544
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 839 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RAHMOUNE EP ZIDANI FATNA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 / 08 / 2021

Nom et prénom du malade : Rahmoune Fatna Age :

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

Nature de la maladie : cystite + fièvre

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 : 14 / 08 / 2021

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
14/08/21	Op + échographie + Injection au visage		700,00 + 100,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/08/21	723,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

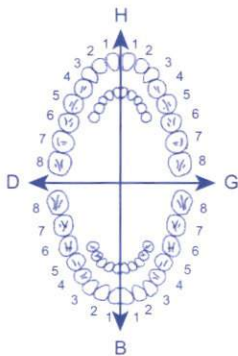
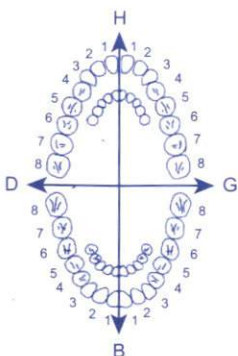
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
BERDAL Fouad OMNIPRATICIEN 666, Bd. El Noor, Hay Amal 1 Casablanca 20550 Tel: 05 22 28 66 13	14.08.21			5		50,00

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 canalaire, ainsi que le bilan d

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>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
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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'EXECUTION



Docteur Bensouda Karim

Chirurgien Urologue
Ancien Médecin au CHU Ibn Sina
de Rabat

الدكتور بنسودة كريم

اختصاصي في جراحة المسالك البولية
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا
الرباط

Casablanca le 14.08.2021 الدار البيضاء في

ORDONNANCE

Nom : Rahmoune Fakha. Age :

170.00 x 3

1) Cefilo. cps

1 cp x 21 j ptt 20jms

112.00

2) Gentamicine 160g

n: 4

1 inj 20.1 j ptt 5jms

49.00

3) Nycoderme (poudre)

1 Amp x 21 j. ptt 10jms

Tel : 05 22 22 61 75

Urgence : 06 61 207 177

Email : urologuebensouda@gmail.com

Dr. Bensouda Karim
Chirurgien Urologue
52, Bd. Zerketouni - Casablanca
Tel.: 0522.22.61.75

52, Bd Zerketouni - 4^{ème} étage - N° 3

nom Espace Erreda (en face marché aux fleurs)

(audessus d'attijary Wafabank)

Casablanca

5202 Ite sept. PH8



1 Amp x 21j pH wjw.



72300

~~Dr. Bensouda Karim
Chirurgien Urologue
52, Bd. Zerkani, Algérie
Tél.: 0522.22.61.73~~

LOT 418
EXP 05/23
PPV 1120H00

Gentamycine*160 mg
Lorente
6 ampoules injectables de 4 ml



6 118000 070474

LOT 210540
EXP 02 23
PPV 170.00 DH

CEFICO
Céfixime trihydraté

CEFICO 200mg
Boîte de 16
Comprimés pelliculés



6 118000 083177

FICO 200mg
Boîte de 16
Comprimés pelliculés



6 118000 083177

LOT 210540
EXP 02 23
PPV 170.00 DH

CEFICO
Céfixime trihydraté

LOT: 08220019
PER: 08/2025
PPV: 49,00 DH

Flacon de 3

LOT 210540
EXP 02 23
PPV 170.00 DH

CEFICO
Céfixime trihydraté

CEFICO 200mg
Boîte de 16
Comprimés pelliculés



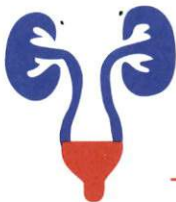
6 118000 083177

MYCODERME® 1%
Poudre dermique

Flacon de 30 g



6 118000 230144



Docteur Bensouda Karim

Chirurgien Urologue
Ancien Médecin au CHU Ibn Sina
de Rabat

الدكتور بنسودة كريم

اختصاصي في جراحة المسالك البولية
طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا
الرباط

Casablanca le الدار البيضاء في

NOTE D'HONORAIRE

Nom : M^{me} Rahmouna Fatma Age :

+ Consultation: 300,00 ^{mg}
+ Echographie antérieure: 400,00 ^{mg}
+ injections en urètre (x2): 100 ^{mg}
total: huit cents dirhams

Tél : 05 22 22 61 75

Urgence : 0661 207 177

Gmail : urologuebensouda@gmail.com

ICE : 001650860000026

Dr. Bensouda Karim
Chirurgien Urologue
22, Bd Zerketouni, Casablanca
Tél. 0522 22 61 75

52, Bd Zerketouni - 4^{ème} étage - N° 31
Imm Espace Erreda (en face marché aux fleurs)
(audessus d'attijary Wafabank)
Casablanca

**CABINET DE CHIRURGIE
UROLOGIQUE**

عيادة جراحة المسالك البولية



Docteur BENSOUDA Karim

Chirurgien urologue

Ancien attaché au CHU Ibn Sina
de Rabat

الدكتور بنسودة كريم

إختصاصي في جراحة المسالك البولية
ملحق سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا
بالرباط

Casablanca, le14/08/2021 في الدار البيضاء

Compte rendu d'échographie urinaire

Nom: Mme Rahmoune Fatna

Diagnostic: pollakiurie

Rein droit : bonne différenciation corticomédullaire, contour régulier, Taille normale. Absence de lithiasse ; absence de kyste, absence de dilatation pyelocalicielle.

Rein gauche : taille normale ; parenchyme homogène avec contour régulier et bonne différenciation corticomédullaire. Absence de lithiasse ; absence d'une dilatation pyelocalicielle. présence d'un kyste polaire inférieur de 20mm séreux.

Vessie de bonne capacité, transsonore, absence de RPM ; absence de lithiasse ou de masse.

Conclusion :

- Echographie urinaire sans particularité ;

Dr. Bensouda Karim
Chirurgien Urologue
52, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 0522.22.61.75

Tél: 0522.22.61.75

Urgence : 0661.207.177

Mél : urologuebensouda@gmail.com

52, div Zerkouni, 4^{ème} étage, N°31

Imm « Espace ERREDA »
(en face marché aux fleurs)
Casablanca

Compte-rendu échographique

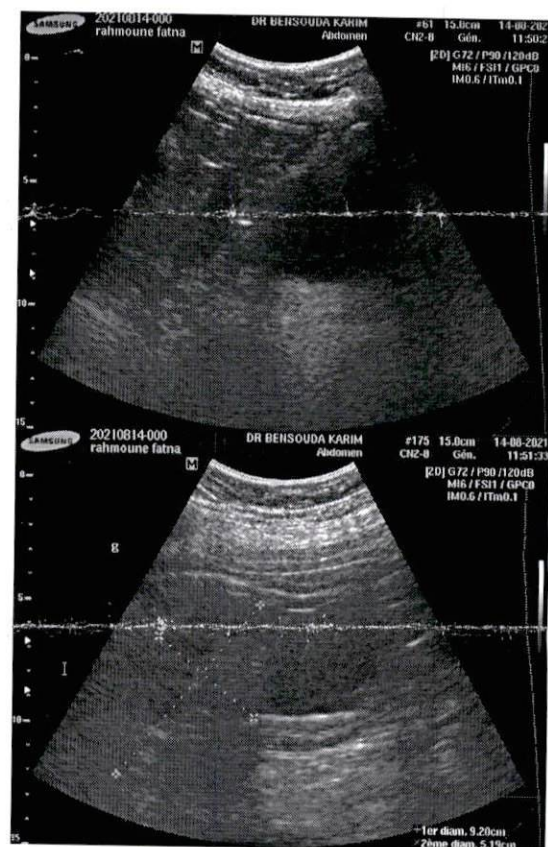
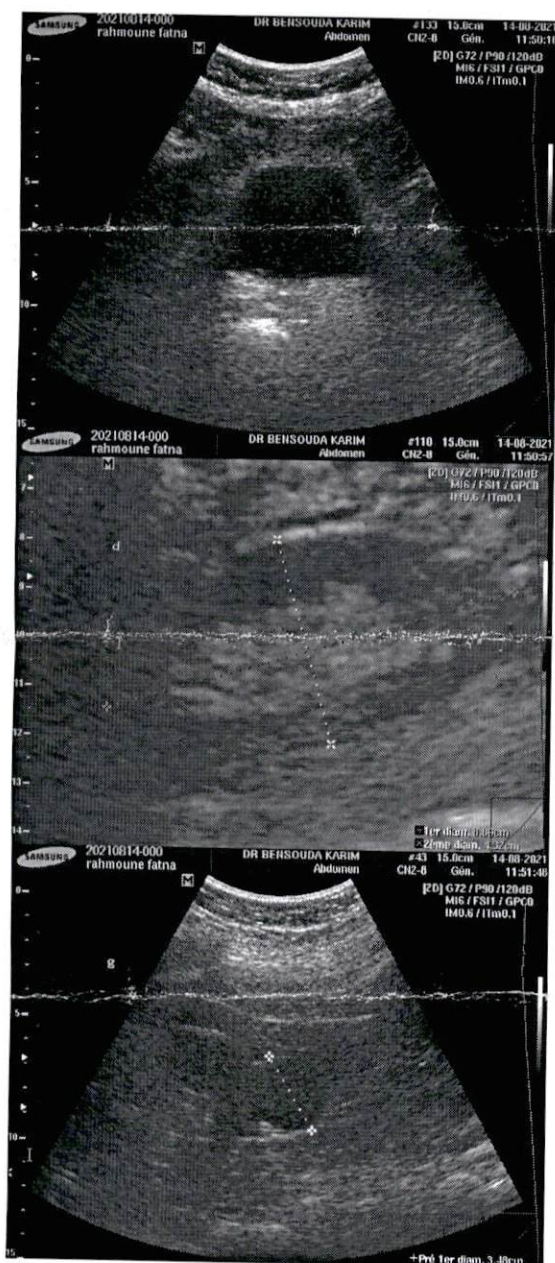
Page 1

Patient

ID: 20210814-000
Nom: rahmoune fatna
Date de naissance:
Sexe: F

Examen

N° d'accès
Date: 14/08/2021
Description:
Echographiste:



Dr. Bensouda Karim
Chirurgien Urologue
22, Bd. Zerktouni - Casablanca
Tél. 0522.22.61.75