

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 1<sup>er</sup> étage 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° W21-676259

105 851

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : TRACHLI Mohamed  
 Date de naissance : 24/06/1955  
 Adresse : 10 Lot Riad AL Andalous Res Almeria  
 OAL, PORNIE.  
 Tél. : 0661 46 41 68 Total des frais engagés : 818,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : CASA, 14/02/2022  
 Nom et prénom du malade : Trachli Mohamed Age : 67 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : troubles 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 : CASA Le : 18/02/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019





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 Praticien des Actes
14/02/2020	CP		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/02/2020	318,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14/02/2020	CP	

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mohamed EL BAGHOULI



دكتور محمد البغولي

أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

Chirurgien Urologue - Andrologue

- Calculs appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostique et interventionnelle
- Echographie - Laser - Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire

URGENCE: 0663 11 29 23

نصي الكلى والمسالك البولية

سرطان المسالك البولية والتناسلية

الفحص والجراحة بالمنظار

الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضف الجني

العقم عند الرجال - انفلات البول - الفتق

Tél: 0522 870 888

## Ordonnance

Casablanca le: 11/02/2022: الدار البيضاء في:

Mr brachli Mohamed

121,40

1) Umax 0,4 mg gélule

1 gélule / j

2) Permixon 160 mg

153,30

1 gélule x 21,

3) Fenac cp 80 mg

14,10

1 cp x 31,

3.16,80

LOT 210246  
EXP 10/2022  
PPV 121.40DH

153,30

LOT 210246  
PER 08/24  
PPV 44DH10

Razm Cp 40 mg

١٤١;

٢٤ ٥٢٧

Dr. Mohamed EL BAGHOULI  
Chirurgien Urologue

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والسنة  
404, Bd el God's Rés Assafa, Etg 2  
Apt 11 Ain-Chock, Casablanca  
Tél: 0522 870 888





\*Calculs appareil urinaire

\*Cancers Urologiques

\*Endoscopie diagnostique et interventionnelle

\*Echographie - Lithotripsie - Dysfonction érectile

\*Infertilité masculine - Incontinence urinaire

\*حصى الكلي والمساالك البولية

\*سرطان المسالك البولية والتناسلية

\*الفحص والجراحة بالمنظار

\*الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي

\*العقم عند الرجال - انقلاط البول

URGENCE : 06 63 11 29 23

Tél : 05 22 870 888

**Ordonnance****FACTURE**

Casablanca le .....

الدار البيضاء في: .....

Le 17/02/2022

Facture-588

Patient : MOHAMED TRACHLI

Prestation	P.U	Qté	TVA	Total
<b>Prestations</b>				
Consultation	300.00 DHS	1	0 %	300.00 DHS
Echographie	200.00 DHS	1	0 %	200.00 DHS
<b>Sous-total</b>				<b>500.00 DHS</b>

<b>Total en lettres</b>	cinq cents DHS
-------------------------	----------------

<b>Total (HT)</b>	500.00 DHS
-------------------	------------

<b>Médecin intervenant</b>	Mohammed EL BAGHOULI
----------------------------	----------------------

<b>TVA</b>	0.00 DHS
------------	----------

<b>Total (TTC)</b>	500.00 DHS
--------------------	------------

**Dr.Mohamed EL BAGHOULI**  
 Chirurgien Urologue  
 اختصاصي في أمراض المسالك البولية والتناسلية  
 404, Bd el Qods Rés Assafa, Etg 2 Apt 11  
 Ain-Chock Casablanca - Tél: 0522 870 888  
 INPE: 141170035



أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية

Chirurgien Urologue - Andrologue

- Calculs appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostique et interventionnelle
- Echographie - Laser - Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire

- حصي الكلى والمسالك البولية
- سرطان المسالك البولية والتناسلية
- الفحص والجراحة بالمنظار
- الفحص بالصدى - ثقبتيه الحصى - الضعف الجنسي
- العقم عند الرجال - انفلات البول - الفتق

URGENCE: 0663 11 29 23

Ordonnance

Casablanca, LE 17/02/2022  
Tél: 0522 870 888

Casablanca le: .....: الدار البيضاء في

Patient :Trachli Mohamed

ECHOGRAPHIE RENALE ET PELVIENNE

Résultats :

- . Rein droit, de taille normale, bien différencié, sans DPC *Kyste de 8 cm*
- . Rein gauche, de taille normale, bien différencié, sans DPC
- . La vessie est semi pleine, à contenu anéchogène, sans anomalies endoluminales
- . Prostate volumineuse hétérogène, siège de calcifications, de contours réguliers

Dr.Mohamed EL BAGHOULI  
Chirurgien Urologue  
أخصائي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية  
404, Bd el Qods Rés Essakane ELANIK, Etg 2  
Apt 11 Ain-Chock, Casablanca  
Tél: 0522 870 888

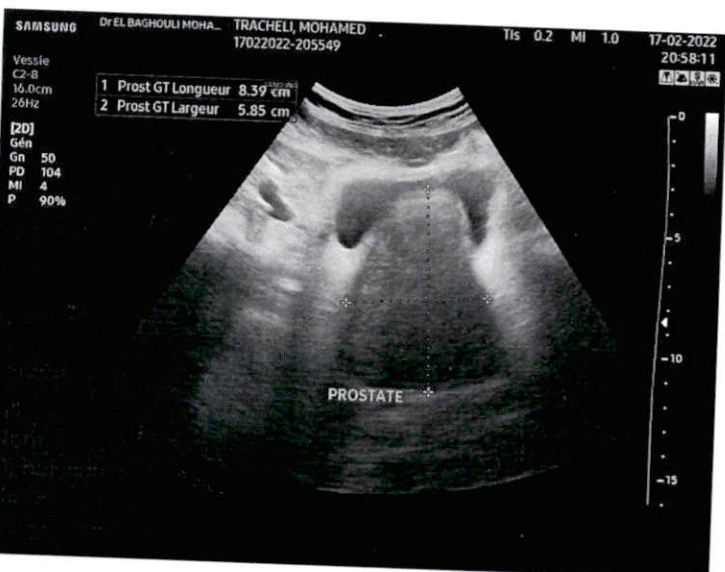
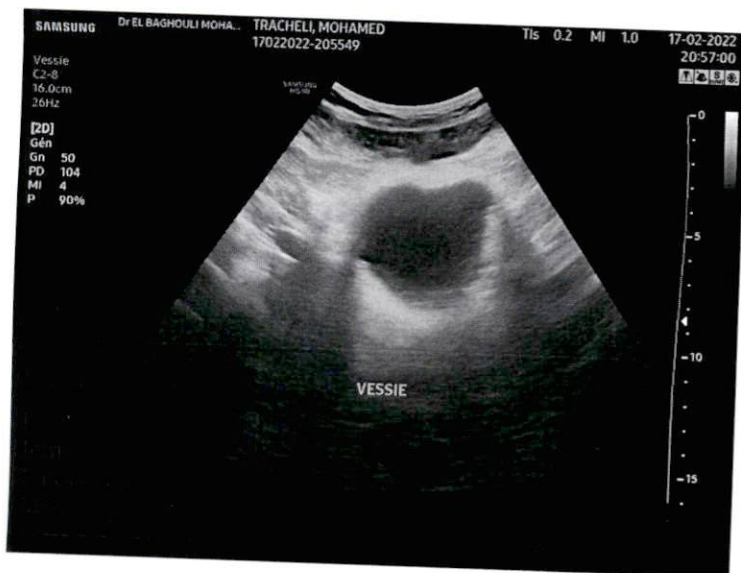


## Patient

N° 17022022-205549  
 Nom TRACHELI, MOHAMED  
 D. naissance  
 Sexe

## Exam

N° d'accès  
 Dte exam.  
 Description  
 Opérateur  
 17-02-2022



Patient

N°  
Nom 17022022-205549  
D. naissance TRACHELI, MOHAMED  
Sexe

Exam

N° d'accès  
Dte exam.  
Description 17-02-2022  
Opérateur

