

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

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

éducation :

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 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° M21- 0057641

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6332

Société :

RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

EL ASSAS ABDERRAHIM

Date de naissance :

1958

Adresse :

43 RUE IBN KHALDOUNE

BERRECHID

Tél. :

0608491713

Total des frais engagés :

635,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

EL ASSAS Abderrahim

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

pathologique urologique

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 :

BERRECHID

Le :

17/05/2022

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
19/04/2022	CS		250,16	

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
	12/5/22	Depo	385,20
	12/6/22	braces	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

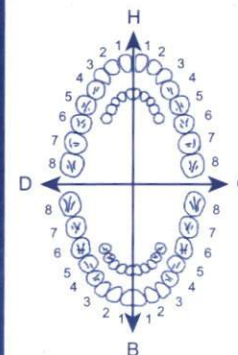
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan

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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

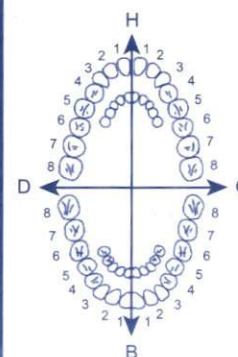
COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 Karim TOUNSI

Chirurgien Urologue

Pathologie Lithiasique

Endoscopie

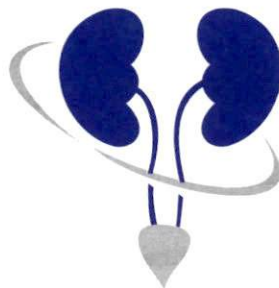
Reins - Vessie - Prostate

et voies Génitales

Infertilité Masculine

Santé Sexuelle

Circoncision



الدكتور كريم التونسي

جراحة الكلى والمسالك البولية

أمراض الحصى

الجراحة بالمنظار

الكلى المثانة البولية

البروستاتة - المسالك التناسلية

العقم عند الرجال

الصحة الجنسية

الختان

برشيد في : 19/04/2022 Berrechid, le :

M. EL ASSAS Abdelouahab

P.S.Af

Dr. Karim Tounsi
Chirurgien Urologue
183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Berrechid
Tél : 05 22 51 73 83

Dr. Karim Tounsi
Chirurgien Urologue
183, Bd. Mohamed V - 2ème Etage N° 3 - Berrechid
Tél : 05 22 51 73 83

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

BERRECHID

ICE: 001761756000030

Tel: 05.22.33.66.43

Fax: 05.22.33.66.42

INPE: 063000509

IF: 40195644

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 78194

IB 36615 B

Nom et Prénom : Mr. EL ASSAS Abderrahim

Prescripteur :

Référence : 120522 009

Date : 12/05/2022

BILAN :

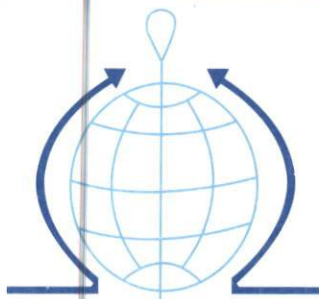
PSA B 280 +

MONTANT NET : 385,20 Dhs Soit 280 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Trois cent quatre-vingt cinq Dh et vingt cts

LABORATOIRE IBN SINA MEDICAL
Bd, Mohammed V. BERRECHID
Tel: 05 22 33 66 43



Berrechid le : 12/05/2022

CIN :

Résultats complets

Edité le: 13/05/2022

Mr. EL ASSAS Abderrahim

IB 36615 B

RF: 120522009

IMMUNOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

P.S.A

18,14 $\mu\text{g/l}$

06/01/22 : 10.37

(Technique MINI VIDAS)

< à 40 ans : <1.72
40 à 49 ans : <2.19
50 à 59 ans : <3.42
60 à 69 ans : <6.16
> à 70 ans : <6.77

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR. BERRECHID
Tél: 05 22 33 66 43