

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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'hôpital 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

116120

Matricule : 671 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : K. HALLAD ABDESSALAM

Date de naissance : 11/11/1948

Adresse : Rue haddou meunier monsif casse

Tél. : 06 57 21 26 45 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/04/2022

Nom et prénom du malade : Mohamed Fakir Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hematurie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
13/04/2022	CS + facture		7550.00.00	 Dr. Mohsine ROLOGUE Tel: 227-33.67 GSM: 091 99.8877  Dr. Elmoumen - CASA
13/04/2022	Vain la facture		7200.00.00	 Dr. Elmoumen - CASA CLINIC KASAS CLINIC 1090061952

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/04/22	98,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	—
00000000	00000000
35533411	11433553

(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



ORDONNANCE

Dr:

Krikos

Date : 13.04.22.

Nom et Prénom du patient :

KHALLAD

Abdesslam

Age :

38, 6



①

Tamsulosine win gelu 0,4mg

1 gelu b

1 sur

a 1 mois

PHARMACIE NOUVELLE ERE
Dr. KRIKOS Yassine - En. CHRAIB
rue Mohamed V - Casablanca - Tel. 05 22 04 53 47



Dr. KRIKOS Yassine
Dr. KRIKOS Yassine
Quartier de la Région de Casablanca
TÉL: 02 27 28 67
Signature: M: 067 09 88 71
Krikos

**Docteur KSIKES Mohsine
CHIRURGIEN UROLOGUE
ANDROLOGUE**

**Diplômé de la faculté de médecine de Bruxelles
Ancien interne des hôpitaux de Paris
Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)
Membre de l'Association Française d'Urologie (A.F.U)**

Casablanca, le : 13/04/22

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE DES VOIES GENITO-URINAIRES

NOM, PRENOM : Mr Abdesslam KHALLAD

REIN DT :

Rein de taille normale , bon index cortico-médullaire.
Absence de dilatation pyélo-calicielle.
Pas de lithiase .

REIN G :

Rein de taille normale , bon index cortico-médullaire .
Présence d'une discrète dilatation pyélo-calicielle.
Pas de lithiase .

VESSIE :

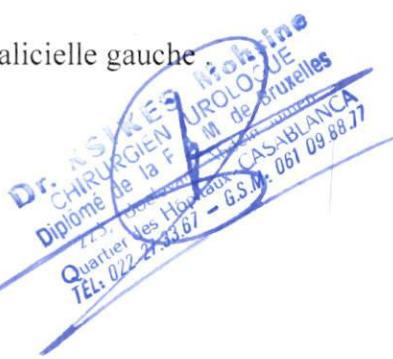
Vessie transsonique
Absence de processus tumoral intra-vesical
Pas de lithiase

RESIDU POST-MICTIONEL :

Non Significatif.

CONCLUSION :

Présence d'une discrète dilatation pyélo-calicielle gauche



ALHAYAT OASIS CLINIC

Clinique Multidisciplinaire
29 Rue Rostand, Quartier Oasis-Casablanca
TEL: 0522.999.444 / FAX : 0522.254.613 OU 254.504

F A C T U R E

N° 806 / 2022 du 13/04/2022

Nom patient : **KHALLAD ABDESLEM**

Entrée 13/04/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 13/04/2022

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS				
ECHOGRAPHIE	1,00	ECHOGRAPHIE	200,00	200,00
			Sous-Total	200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS	Total	200,00
Immatriculation	Part organisme	0,00
Affiliation	Part patient	200,00
N° prise en charge :		

AL HAYAT OASIS CLINIC
29 Rue Rostand Casablanca
Tél: 0522.999.444 Fax: 0522.254.613
Quartier Oasis

**Docteur KSIKES Mohsine
CHIRURGIEN UROLOGUE
ANDROLOGUE**

Diplomé de la faculté de médecine de Bruxelles
Ancien interne des hôpitaux de Paris

Membre de l'European Association of Urology (E.A.U)
Membre de l'Association Française d'Urologie (A.F.U)

Casablanca le : 13/04/22

NOM, PRENOM : Mr Abdesslam KHALLAD

NOTE D'HONORAIRES

Consultation
+ Echographie abdomino-pelvienne : 550 dh

Dr. M. KSIKES





AL HAYAT OASIS CLINIC

13/04/22 21:11:22

MI 0.4 TlS 0.2 C2-5-R

Prosts

B

Frq

Gn

E/A

CarteD

D 1

DR

FR

AO

XBea m

5-

10-

15-

GE





AL HAYAT OASIS CLINIC
13/04/22 21:10:35

MI 0.4 Tls 0.2 C2-5-F
--:--:--

Proste

B
Frq
Gn
E/A
CarteD
D 1
DR
FR
AO
XBea m

0-

5-

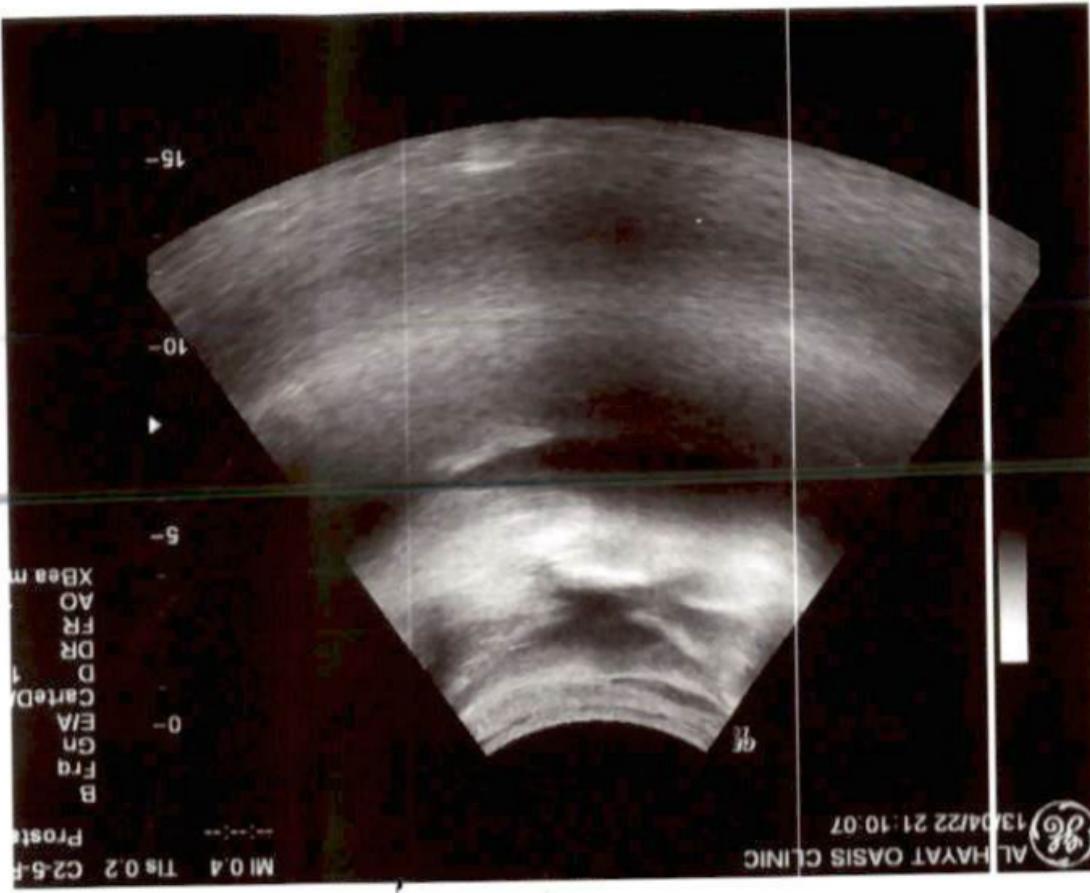
10-

15-

QE



• 08 16 21



AL HAYAT OASIS CLINIC 13/04/22 21:10:07

M2 LHA11A13 Middle

