

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 canalaire, 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 canalaire.

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 - 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- 063414

122 375.

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 353 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERRADA ALI ALI KHALID
 Date de naissance : 11/06/1953
 Adresse : 19 LOT HAY FARHJ OUGFA CASABLANCA
 Tél. : 0615 82 10 63 Total des frais engagés : 609,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : BERRADA ALI ALI KHALID Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : BERRADA ALI ALI KHALID
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Hématurie

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 : 04/07/22
 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
04/07/22		8	201,70	 Dr. Toussert Mhammed Chirurgien Urologue Tél: 0522 93 10 74

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 STE PHARMACIE ANCA CA 111 ANCA 7 Rue 611 3 Lou 64 Latta Maj Cambien... Tel: 0522 93 10 74	04/07/22	109,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Toussert Mhammed Chirurgien Urologue Tél: 0522 93 10 74	04/07/22	201,70	201,70

AUXILIAIRES MEDICAUX

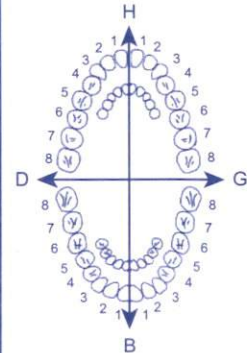
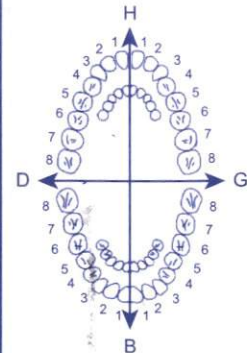
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td>B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B		B																							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Id Mhammed Youssef
Chirurgien - Urologue



الدكتور إد محمد يوسف
إختصاصي في طب وجراحة الكلي
والمسالك البولية و الجهاز التناسلي

Ancien Chef Clinique
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Barcelone.

إختصاصي سابق
في مستشفيات قال ديبرون، برشلونة.

Casablanca :

BERRADA ALLAM KHALED

109,70

-CONTIFLO 0,4MG

-1cp/j le soir pendant 3 mois.



CASABLANCA , le 04-07-2022

STEPHARMACIE HAMZA
Cd - BLANCA
Lett. Haj Fateh Rue 6 N° 3 Loc 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 20

Dr Youssef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tél : 06 75 51 80

Dr Id Mhammed Youssef
Chirurgien - Urologue



Ancien Chef Clinique
des Hôpitaux Vall d'Hébron-Bercelone

الدكتور إد محمد يوسف

إختصاصي في طب وجراحة الكلي
والمسالك البولية والجهاز التناسلي

إختصاصي سابق
في مستشفيات فال ديبرون، برشلونة

Casablanca, le :

NOTE D'HONORAIRES (REF 174/22)

BERRADA ALLAM KHALED

Consultation : 300.00

Echographie : 200.00

Dr Youssef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tel: 05 22 89 88 60 - GSM: 06 75 51 80 75

TOTAL: 500.00 dhs

Casablanca le 04/07/2022

ICE 001637569000080

DR. ID MHAMMED Yous...

Nom: BERRADA ALLAM, KHALED
ID: 20220704-160225-1C28
DOB: 04/07/1953 Age: 69 Ans
Sexe: Incon.

Residence marwa 3 avenue 2 mars, rond
point d'europe
Téléphone: 0522490490
Fax:
Site internet:

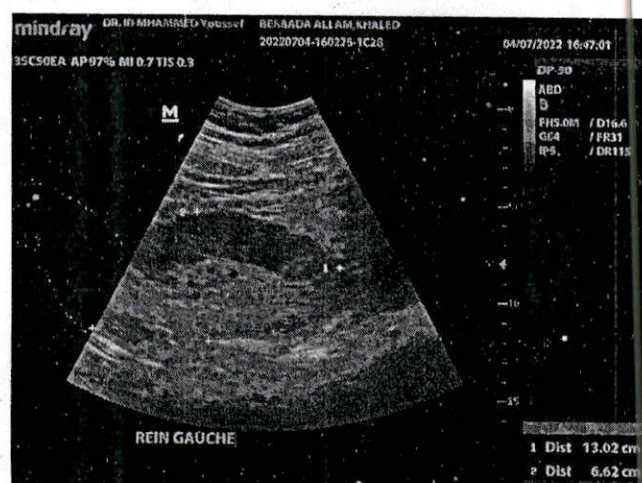
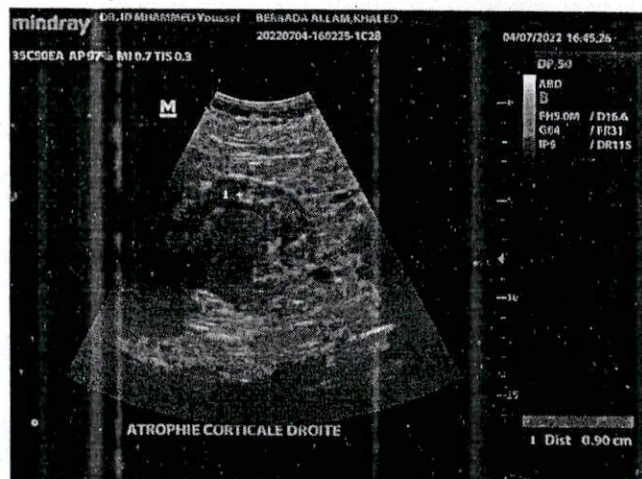
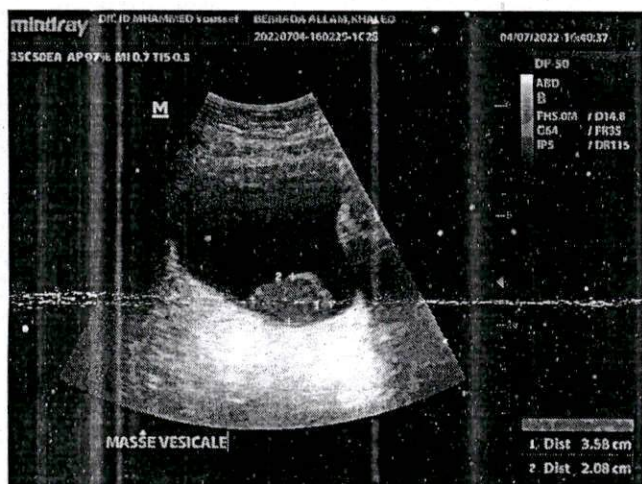


ABD

Date examen: 01/01/2010
Equipementt utilisé: DP-50
Opérateur: Emergency

Urology Ultrasound Report - 1 / 2 Page

Image ultrason





Nom: BERRADA ALLAM, KHALED

ID: 20220704-160225-1C28

DOB: 04/07/1953

Age: 69 Ans

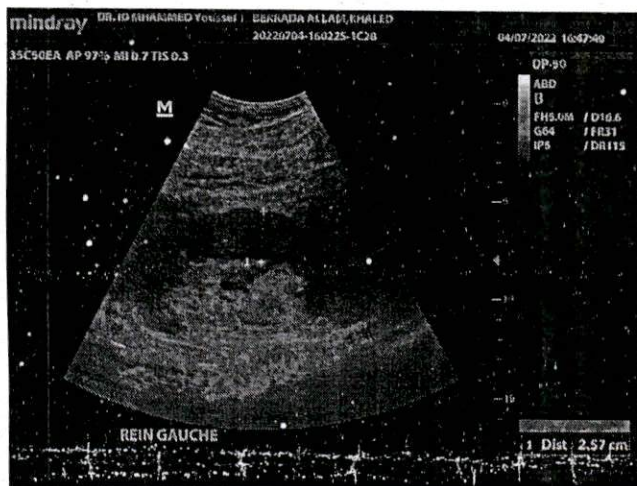
Sexe: Incon.

ABD

Date examen: 01/01/2010

Urology Ultrasound Report - 2 / 2 Page

Image ultrason



Annotation:

Vessie en repletion moderee siege d'une masse d'allure sessile a niveau de l'hemitrigone droit mesurant 36x21mm.

Prostate homogene de 39 cc de volume.

Reins de dimensions normales et contours reguliers avec bonne differenciation cortico-sinusale.

Atrophie cortical a niveau du rein droit associee a une dilatation pyelocalicielle importante.

Absence de kystes ou masses solides renales.

Absence de lithiases renales.

CONCLUSION:

-Masse solide vesicale mesurant (36x21mm) a niveau de l'hemitrigone droit.

-Dilatation pyelocalicielle droit avec atrophie corticale du rein droit.

Dr Youssef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tél : 06 75 51 80

Signature . (sceau):

Date sign.:

DR. ID MHAMMED Yous...

Residence marwa 3 avenue 2 mars, rond
point d'europe
Téléphone: 0522490490
Fax:
Site internet:

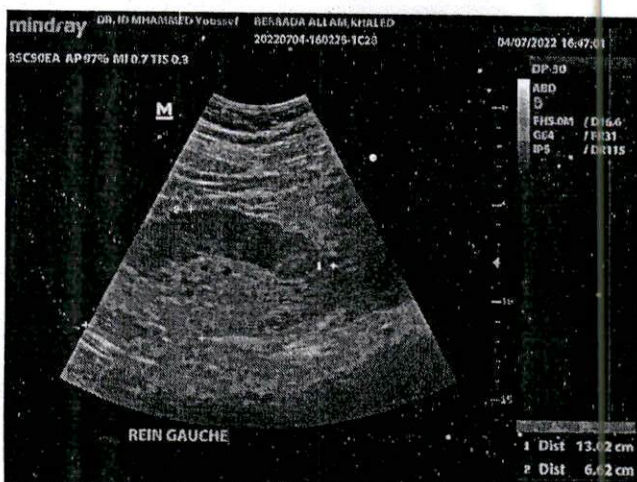
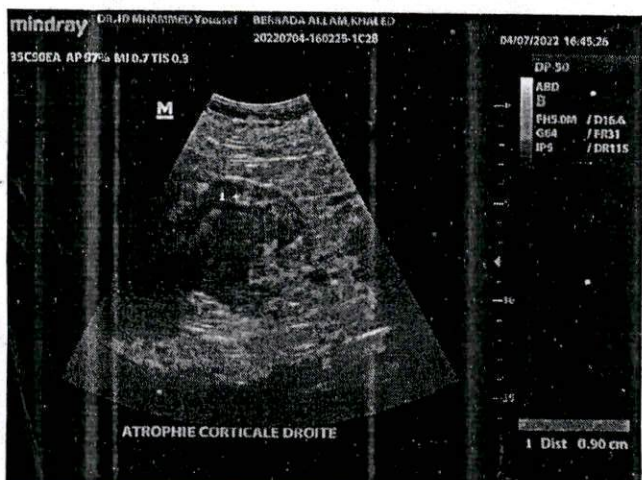
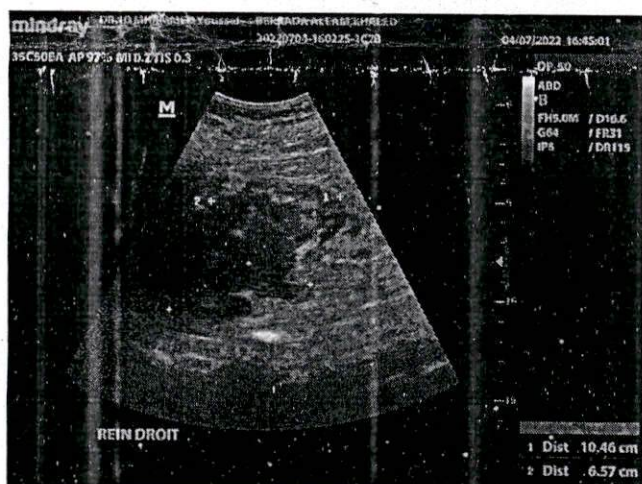
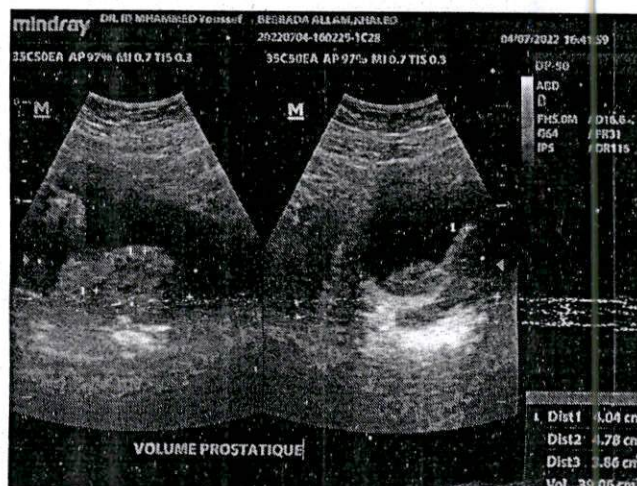
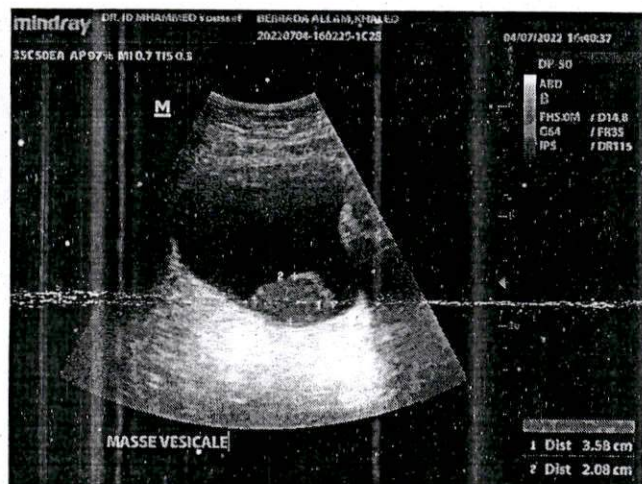


Nom: BERRADA ALLAM, KHALED
ID: 20220704-160225-1C28
DOB: 04/07/1953 Age: 69 Ans
Sexe: Incon.

ABD
Date examen: 01/01/2010
Equipement utilisé: DP-50
Opérateur: Emergency

Urology Ultrasound Report - 1 / 2 Page

Image ultrason





Nom: BERRADA ALLAM, KHALED

ID: 20220704-160225-1C28

DOB: 04/07/1953

Age: 69 Ans

Sexe: Incon.

ABD

Date examen: 01/01/2010

Urology Ultrasound Report - 2 / 2 Page

Image ultrason



Annotation:

Vessie en repletion moderee siege d'une masse d'allure sessile a niveau de l'hemitrigone droit mesurant 36x21mm.

Prostate homogene de 39 cc de volume.

Reins de dimensions normales et contours reguliers avec bonne differenciation cortico-sinusale.

Atrophie cortical a niveau du rein droit associee a une dilatation pyelocalicielle importante.

Absence de kystes ou masses solides renales.

Absence de lithiases renales.

CONCLUSION:

-Masse solide vesicale mesurant (36x21mm) a niveau de l'hemitrigone droit.

-Dilatation pyelocalicielle droit avec atrophie corticale du rein droit.

Dr. Youssef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tél : 06 75 51 80

Signature . (sceau):

Date sign.: