

# 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 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Nº M21- 040663

Optique 184422  Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10512 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABOUR

AZIZ

Date de naissance :

29/06/1959

Adresse :

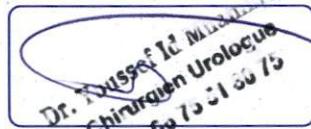
HAY EL OULFA Rue 22 N° 12  
Casablanca

Tél. :

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

SABOUR A212

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Syndrome postopératoire

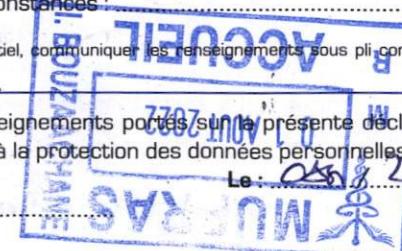
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

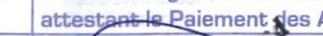
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 25/07/12        | 4                 |                       | 300,-                           | <br>Dr. Youssef El Mousa<br>Chirurgien Urologue<br>tel: 03 75 31 60 75 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 26/07/22 | 200                          | 200,-                  |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 de l'ODF.

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca : .....

## SABOUR AZIZ

193,10 + 109,70

-CONTIFLO 0,4MG

-1cp/j le soir pendant 3 mois.

302,80

CASABLANCA, le 28-07-2022

25  
YOUJES BELAYACHI  
127 Bd Qued Ziz Oulfa Casablanca  
Tél. Fax: 05-22 90 51 07

PPV: 193DH10

CODE No.: MP/DRUGS/25/24/83

Medicament Autorisé N°: 213/14 DMR/21/NNP

PPV: 109DH70

30 Gélules

à libération prolongée

Voir notice

0.4 mg

C





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

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

إختصاصي سابق  
في مستشفيات فال ديدرون، برشلونة.

Casablanca :

**NOTE D'HONORAIRES (REF 191/22)**

**SABOUR AZIZ**

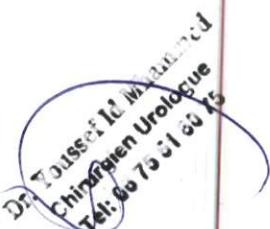
Consultation : 300.00

Echographie : 200.00

**TOTAL: 500.00 dhs**

Casablanca le 28/07/2022

**ICE 001637569000080**



# DR. ID MHAMMED Yous...

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



Nom:SABOUR,AZIZ  
 ID:20220728-162603-1C28  
 DOB:29/06/1959 Age:63Ans  
 Sexe:Masculin

ABD

Date examen: 28/07/2022  
 Equipement utilisé: DP-50  
 Opérateur: Emergency

## Urology Ultrasound Report - 1 / 2 Page

### Image ultrason





Nom:SABOUR,AZIZ  
ID:20220728-162603-1C28    DOB:29/06/1959    Age:63Ans    Sexe:Masculin  
ABD  
Date examen:28/07/2022

## Urology Ultrasound Report - 2 / 2 Page

### Annotation:

Vessie en repletion moderee de contenu anechogene.

Prostate de 11 cc de volume.

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

Bon index cortical renal.

Absence de lithiases renales.

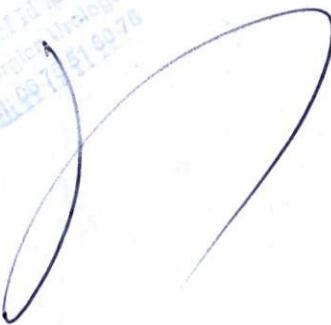
Absence de kystes ou masses solides renales.

Absence de dilatation des voies urinaires excretrices.

### CONCLUSION:

-Echographie renale et vesico-prostatique sans anomalies visibles.

Dr. Tousant Jd Lahmmed  
Chirurgien Urologue  
Tel: 09 17 51 90 76



Signature . (sceau):

Date sign.: