

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 040663

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

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 : / /
 Nom et prénom du malade : SABOUR AZIZ Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome post-traumatique
 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 : 28/07/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

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

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 Paiement des Actes
28/10/2022			302,80	J. Tousselet Médecin Urologue Tél: 06 75 51 60 75

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

28/10/2022

302,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

28/10/2022

25,7

25,7

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

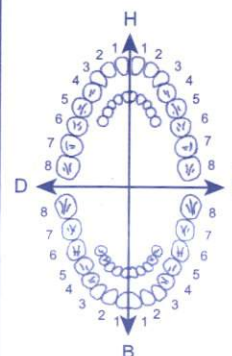
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

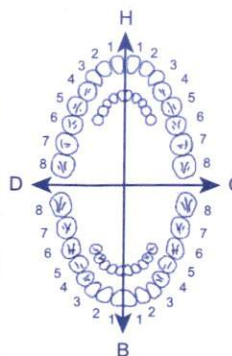
FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

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 :

SABOUR AZIZ

193,10 + 109,70

-CONTIFLO 0,4MG

-1cp/j le soir pendant 3 mois.

302,80

CASABLANCA, le 28-07-2022

YOUNES BELAYACHI
25 127 Bd Oued Ziz Oulfa Casablanca
Tél Fax: 05-22 96 51 07

Signature



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 :

NOTE D'HONORAIRES (REF 191/22)

SABOUR AZIZ

Consultation : 300.00

Echographie : 200.00

Dr Youssef Id Mhammed
Chirurgien Urologue
Tél: 66 75 51 80 75

TOTAL: 500.00 dhs

Casablanca le 28/07/2022

ICE 001637569000080

DR. ID MHAMMED Yous...

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

Residence marwa 3 avenue 2 mars, rond
point d'europe

Téléphone: 0522490490

Fax:

Site internet:



ABD

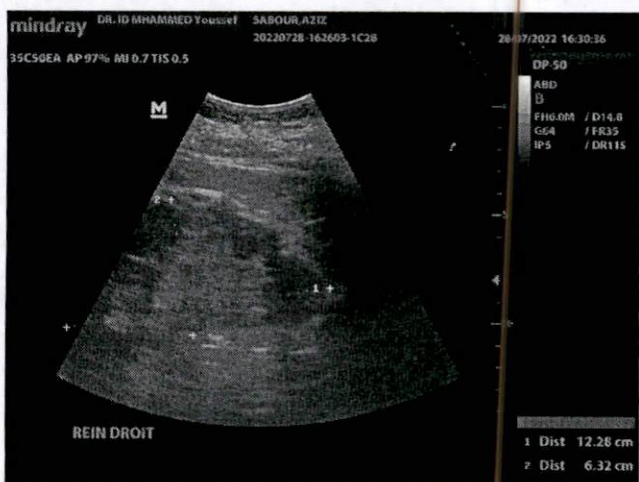
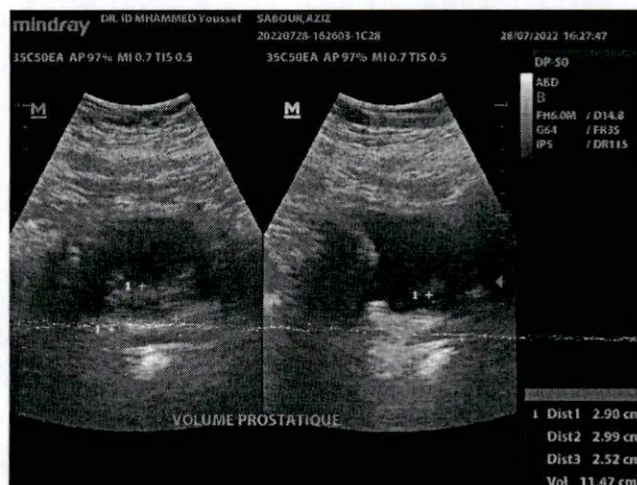
Date examen: 28/07/2022

Equipementt utilisé: DP-50

Opérateur: Emergency

Urology Ultrasound Report - 1 / 2 Page

Image ultrason





Nom: SABOUR, AZIZ
ID: 20220728-162603-1C28
ABD
Date examen: 28/07/2022

DOB: 29/06/1959

Age: 63 Ans

Sexe: Masculin

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. Tounsi M. Khannouch
Chirurgien Urologue
Tél: 09 19 21 60 76

Signature . (sceau):

Date sign.: