

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

- 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° W21-668651

Couleur

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 3468	Société : Royal air Maroc N° 94		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : SOUSSI LAHOUCINE			
Date de naissance : 30/06/1946			
Adresse : Rue Mawlay Abdelhafid N° 7 Hay EL HASSANI			
Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 1000 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. A. ARSALANE Chirurgien Urologue CHR Ben Mehdi - Laâyoune INPE : 031184880 </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 02/11/22			
Nom et prénom du malade : SOUSSI Abdellah Age: 71/411997			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Scrotal dysplasia			
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 : Laâyoune

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 9/11/2022

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-668651	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 3468	Nom de l'adhérent(e) : SOUSSI LAHOUCINE
Total des frais engagés : 1000 Dhs	
Date de dépôt :	

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
02/11/2022	C	O	C	INP : DR A. ALSALAH Chirurgien Urologue CHR Ben Mehdi - Laâyoune INPE : 031184880

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Hanau TAP : 03/15884 Tél : 06.94/82.83.	03/11/22	Echo Doppler Testiculaire	1000,- dt

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

Le... 2 / 11 / 82

Ordonnance

Sauni Aldeloh

Age: 25 ans

ATCD: RAS

présente douleurs scrotales DT

Ex: sans particularité

⇒ Echo Scrotale
+ Doppler

Dr. EL IDRSSI Meulay Medani
Radiologue
NIP : 031156847
Tél : 06.94.82.83.63

Dr. A. AHSALANE
Collègue en protégé
CHU Ben Mehdi - Laâyoune
INPE : 031184880



SCANNER IRM RADIOLOGIE SAKIA HAMRA

FACTURE

Date : 03/11/2022

Patient(e): ABDELLAH SOUSSI

N° Facture : 11834

EXAMEN	PRIX
ECHO DOPPLER TESTICULAIRE	1000
Total à payer	1000

Dr. EL IDRISI Moulay Madani
Imprimé par: Mariem 118347
Tél : 06.94.82.83.63

Adresse: BD ABOU BAKER ESSEDIK HAY AL-MASSIRA CP 70000 LAAYOUNE

TEL/FAX: 05 28 89 10 00 GSM: 06 94 82 83 83

CNSS: 5535672 IF: 24857693 RC: 21891 TP: 77300326 ICE: 001932876000094

SIRSH

SCANNER IRM RADIOLOGIE
SAKIA HAMRA

Nom du patient: ABDELLAH SOUSSI Laayoune, Le: 03/11/2022
Médecin: Dr. A. ARSALANE ID du patient: 54740

ECHOGRAPHIE DOPPLER TESTICULAIRE :

RC : douleur scrotale droite.

RESULTATS :

- Testicules de volume mesurant 23 cc du côté droit et 24,5 cc du coté gauche, de contours réguliers et d'echostructure homogène sans lésion nodulaire décelable.
- Hydrocèle bilatérale de faible abondance.
- Épididymes homogène, de taille normale et sans lésion décelable.
- Vascularisation homogène du parenchyme testiculaire.
- Pas de dilatation du système veineux pampiniforme.
- Pas de reflux au niveau des cordons spermatiques.
- Absence d'adénopathie inguinale
- Absence d'hernie inguinale.

CONCLUSION :

Echographie doppler testiculaire est sans anomalie particulière en dehors d'une hydrocèle de faible abondance bilatérale.

DR ELIDRISSI

Dr. EL IDRISSI Mohamed
Radiologue
INP : 031156847
Tél : 06.94.82.83.63

SCANNER IRM RADIOLOGIE SAKIA HAMRA

IRM 1.5 Tesla | Scanner 128 Coupes | Radiologie Conventionnelle et Interventionnelle | Mammographie | Echographie Générale et Doppler | Panoramique Dentaire | Osteodensitométrie

ADRESSE : BD ABOU BAKER ESSEDIK HAY AL MASSIRA CP 70000 . LAAYOUNE

TEL / FAX : 05 28 89 15 00 / Mobile Des Urgences : 06 94 82 83 63

Cnss 55356/24857693 Rc 211891 Tp 77300326 Icc 001932376000094 RIB 143430212110012732000802BP