

# 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 - 5ème 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° M21- 070754

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3155 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BACHA MOHAMMED

Date de naissance : 13 / 12 / 1955

Adresse : 267, Bd de la grande Ceinture H.M. CASABLANCA

Tél. : 0613744690 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr Yassin SAYERH

CHIRURGIEN UROLOGUE

Cachet du médecin :

اختصاصي أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية  
12, Rue Bir Anzarane Appt. 1  
Mohammadia - Tél. 05 21 21 00 06

Date de consultation : 22 / 12 / 2022

Nom et prénom du malade : BACHA Mohammed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Prostate

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 : Mohammed Le : 22 / 12 / 1955

Signature de l'adhérent(e) :

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 la réalisation des Actes
21/12/22	G			Dr Yassin G. ABERH CHIRURGIEN DENTISTE Rue Bir Anzarane Appt. 1 Hammania - Tél. 05 11 21 00 06

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
----------------------------------------	------	-----------------------

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES Bd J. F. Kennedy - Moncef Bey Tél. 05 23 30 40 30	21/12/22	B410	575,00

# 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

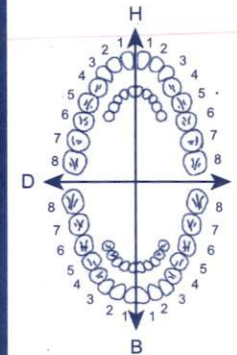
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

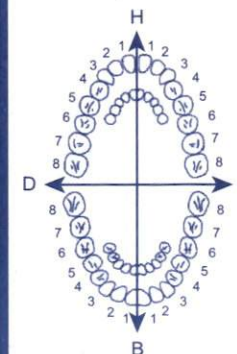
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



## Bulletin d'analyses

*Signature* *Beate*

A Mohammedia le : *22/12/2022*

- |                                               |                                             |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NFS                  | <input checked="" type="checkbox"/> ECBU    |
| <input type="checkbox"/> GROUPE SANGUIN       | <input type="checkbox"/> IONOGRAMME SANGUIN |
| <input type="checkbox"/> TP                   | <input type="checkbox"/> SPERMOGRAMME       |
| <input type="checkbox"/> VS                   | <input type="checkbox"/> SPERMOCULTURE      |
| <input type="checkbox"/> CRP                  | <input type="checkbox"/> TESTOSTÉRONÉMIE    |
| <input type="checkbox"/> UREE                 | <input type="checkbox"/> FSH                |
| <input type="checkbox"/> CREATININÉMIE        | <input type="checkbox"/> LH                 |
| <input type="checkbox"/> GLYCÉMIE A JEUN      | <input type="checkbox"/> BILAN LIPIDIQUE    |
| <input checked="" type="checkbox"/> PSA TOTAL | <input type="checkbox"/> BILAN HEPATIQUE    |
| <input type="checkbox"/> PSA LIBRE            | <input type="checkbox"/> ACIDE URIQUE       |
| <input type="checkbox"/> HbA1c                | <input type="checkbox"/> VITAMIN D          |
| <input type="checkbox"/> Rapport PSA L/T      |                                             |

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLISTE  
Bd. Med. V - Mohammedia  
Tél : 05 23 30 40 30

**Dr Yassin SAYERH**  
**CHIRURGIEN UROLOGUE**  
إخصائي أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية  
INP : 091241984  
Mohammedia - Tél : 05 21 21 00 06



**LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES**

Dr. M. AMARA

3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence:

**21222909**

Analyses effectuées le: 22/12/2022

Pour.....: **Mr. BACHA MOHAMED**

Sur prescription du: Dr SAYERH YASSIN

Code.....: 00046588



Organisme.....:

**Bilan:**

PSA CBU

Cotation : (B 410 )

**Montant Net :** 575.00 Dhs

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**CINQ CENT SOIXANTE QUINZE Dhs 00 Cts**



Prélèvement du : 22/12/2022  
Edition du : 24/12/2022  
Code Patient : 00046588  
Matricule :

Heure : 10:06



Référence 21222T2909 du : 22/12/2022  
Mr. BACHA MOHAMED  
Médecin: Dr. SAYERH YASSIN

MARQUEURS

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
P.S.A..... (Antigène spécifique de la prostate)	2.85	ng/ml	N : (< 4.00)

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

- Aspect..... : Clair

CHIMIE:

- PH..... : 6.5
- Albumine..... : Négatif
- Glucose..... : Négatif
- Corps cétoniques..... : Négatif
- Sang..... : Négatif

CYTOLOGIE:

- Leucocytes..... : 0 à 1
- Hématies..... : 0
- Cellules épithéliales. : Rares
- Cylindres..... : Absents
- Cristaux..... : Absents
- Trichomonas ..... : Absents
- Levures..... : Absentes

/chp (< à 5)  
/chp (< à 10)

RECHERCHE DE GERMES BANALS ET LEVURES:

- Culture..... : Demeurée stérile.

LABORATOIRE AMARA  
Mohammed AMARA  
BIOLOGISTE  
1 Bd Med V - Mohammadia  
Tél : 05 23 30 40 30