

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.
- Le 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

- Reclamation : 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.

M22- 0025082

245262

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0772

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionnée(e)

Autre :

Nom & Prénom : BRAÏJI Mohammed

Date de naissance : 1948

Adresse : 100 Bloc 104 cite charaf

AGADIR

Tél. : 06 14 088 949

Total des soins engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Chirurgien Urologue
13, Imm. Ait Souss 4ème étage
Avenue Hassan II, Agadir
Tél. : 05 22 22 78 18

Date de consultation : 07/11/2012

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : DYS

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

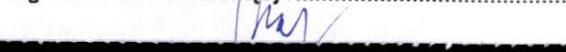
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

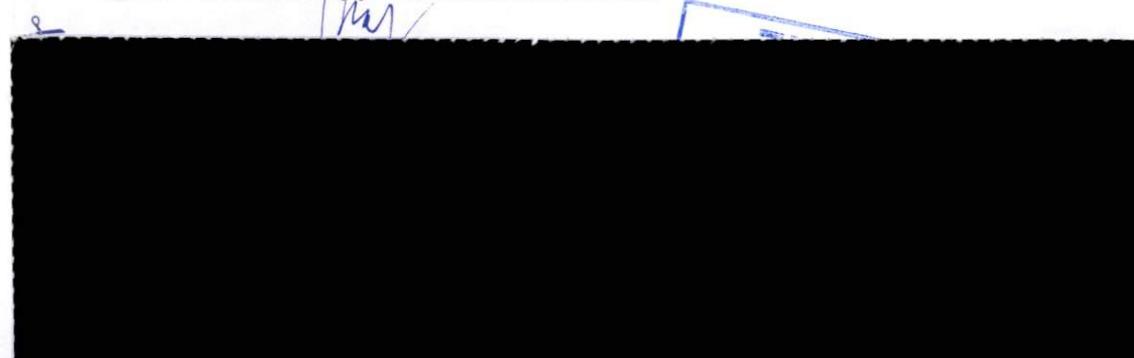
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca

Le : 12/10/2012

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
07/01/22	CJ 20		200000	 Dr. Chahien Uddoula 3, Imp. Ait Souss 4eme Avenue Hassan II - Agadir
			30900	

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

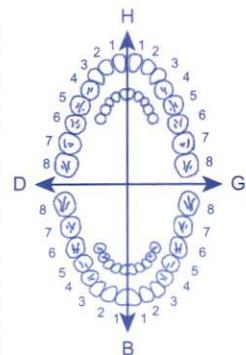
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

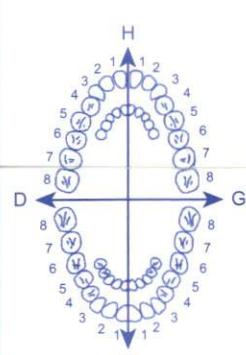
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> FIN D'EXECUTION <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> DATE DU DEVIS <input type="text"/> </div> <div style="width: 45%;"> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> </div> </div>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> H 25533412 00000000 35533411 </div> <div style="width: 45%;"> G 21433552 00000000 11433553 </div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> D 00000000 </div> <div style="width: 45%;"> B 00000000 </div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> G 00000000 </div> <div style="width: 45%;"> B 11433553 </div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien Urologue

Diplômé de l'Université de Strasbourg - France
Spécialiste en Uro-oncologie
de l'Université de Colorado Denver - USA

جراح المسالك البولية

خريج جامعة ستراسبورغ فرنسا

خبير علاج أورام المسالك البولية من جامعة كولورادو
دنفر - الولايات المتحدة الأمريكية

Note d'honoraires

Le : 07/08/99

Identité Brassi Mohamed

Clinique

Pour consultation splasique 200 dirhs
Ecographie abdomino-pelvien 300 dirhs

tel: 05.28.84.84.65 - 06.60.71.85.93

Montant :

Dr. ZINELABDINE ABOELFADEL
Chirurgien Urologue
3, Imm. Ait Souss 4ème étage
avenue Hassan II - Agadir
Tél : 05.28.84.84.65

Dr Zinelabidine ABOUELFADEL

Chirurgien Urologue
Diplômé de l'Université de Strasbourg - France
Spécialiste en Uro-oncologie
de l'Université de Colorado
Denver - USA

الدكتور ذين العابدين أبو الفضل

جراح المسالك البولية
خريج جامعة ستراسبورغ فرنسا
خبير علاج أورام المسالك البولية
من جامعة كولورادو دنفر
الولايات المتحدة الأمريكية

Agadir, le :07/11/22..... أكادير في :

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVIENNE

~~Mr~~ BRAIGI Nohomel

PROSTATE :

44cc Heterogène lobe median

VESSIE :

de contours réguliers absence de lésions visibles

REINS :

de taille et échostructure normale pas de calcul ou dilatation,

CONCLUSION : hypertrophie de la prostate,

Chirurgien Urologue
13, Imm. Ait Souss 4ème étage
Avenue Hassan II - Agadir
Tél : 05.28.84.84.65

mindray

DC-40

F: HS:EM

D: 16:6

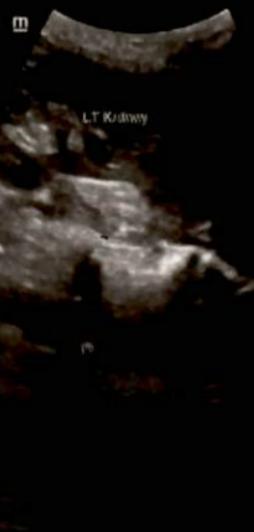
G: 4:1

FR: 2:1

DR: 90

Clear: 2

Beam



mindray

DC-40

F: HS:EM

D: 16:6

G: 4:1

FR: 2:1

DR: 90

Clear: 2

Beam



1 Dist1: 4.55 cm

Dist2: 3.63 cm

Dist3: 4.69 cm

Vol: 40.62 cm³

mindray

DC-40

F: HS:EM

D: 16:6

G: 4:1

FR: 2:1

DR: 90

Clear: 2

Beam



1 Dist: 4.84 cm

2 Dist: 4.29 cm