

# 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.

Nº W21-773128

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>F013</b>	Société : <b>RAM</b>	<b>246072</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>BOU GARI SAMI</b>			
Date de naissance : <b>6/11/1964</b>			
Adresse : <b>LOT AL BOURTOUKAL RUE 2 N 23 HYAT MAONE UCCASFA CASA</b>			
Tél. : <b>0661 0933 83</b>	Total des frais engagés : <b>400,00</b> Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <p><b>Dr. Med Amine BOUAB</b> Chirurgien Urologue Résidences du Palais, Angle Bd. Ghazi El Mansour, Imm "E" 3ème Et.</p>			
Date de consultation : <b>26 NOV. 2022</b>			
Nom et prénom du malade : <b>BOU GARI SADI</b>			
Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <b>Avec urologie</b>			
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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
24 NOV. 2022 Défini			400,00	INP : 0610338415 Dr. Mehd Amine BOUAZI Chirurgien Urologue du Palais, Angle Bd. Sidi Abd Inn. E - 3eme Etage 022 29 10.51

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																	
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																	
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																																	
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES  	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G																					
	H	25533412	21433552																														
	D	00000000	00000000																														
	B	35533411	11433553																														
	G																																
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																																
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																																
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																																
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																

**CHIRUGIEN UROLOGUE**

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلى  
و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) ا  
طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى  
الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية  
تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le ..... 24 NOV. 2022 ..... الدار البيضاء، في

**DEBITMETRIE URINAIRE**

NOM : Mr BOUGARI

PRENOM : Said

DATE : 24/11/2022

INDICATION : Symptômes du bas appareil urinaire (SBAU de la phase mictionnelle)

Résultats :

*Qmax:* 14 ml/s

*Volume mictionnel:* 220 ml

*Temps de vidange:* 32 s

CONCLUSION : Débitmétrie montre une légère dysurie. Le Qmax est atteint avant 10 secondes. Pas d'Aspect en cloche de la courbe. La vidange vésicale n'est pas allongée, d'une durée de 26 sec. Absence de "dribbling" post mictionnel.

Dr Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi  
et Rue Yasmine, El Mansour, Imm. E, 3<sup>ème</sup> Etage  
Tél. 05 22 39 10 50 • Fax : 05 22 39 10 51 • Mobile : 06 63 72 39 30 • E-mail : drbouab.uro@gmail.com

# الدكتور محمد أمين بواب

Docteur M. Amine BOUAB

## CHIRUGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلى  
والمسلك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) |  
طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le ..... 24 NOV. 2022 ..... الدار البيضاء، في

## NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur,

Prie

Mr /Mme /Mlle

Dr. Med Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi  
et Yacoub El Mansour, Imm. "E" . 3ème Etage  
Tél : 022.39.10.50 - Fax : 022.39.10.51

BOUGARI Said

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente  
suivant l'usage, sa note d'honoraires

Pour Une  
Débitmètre

= 400.00dh

S'é levant à la somme de 400.00dhs

QUATRE CENT DIRHAMS

Dr. Med Amine BOUAB  
Chirurgien Urologue  
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi  
et Yacoub El Mansour, Imm. "E" . 3ème Etage  
Tél : 022.39.10.50 - Fax : 022.39.10.51

Signature et cachet du médecin

# Uroflowmetry Report

Name \_\_\_\_\_ Gender \_\_\_\_\_

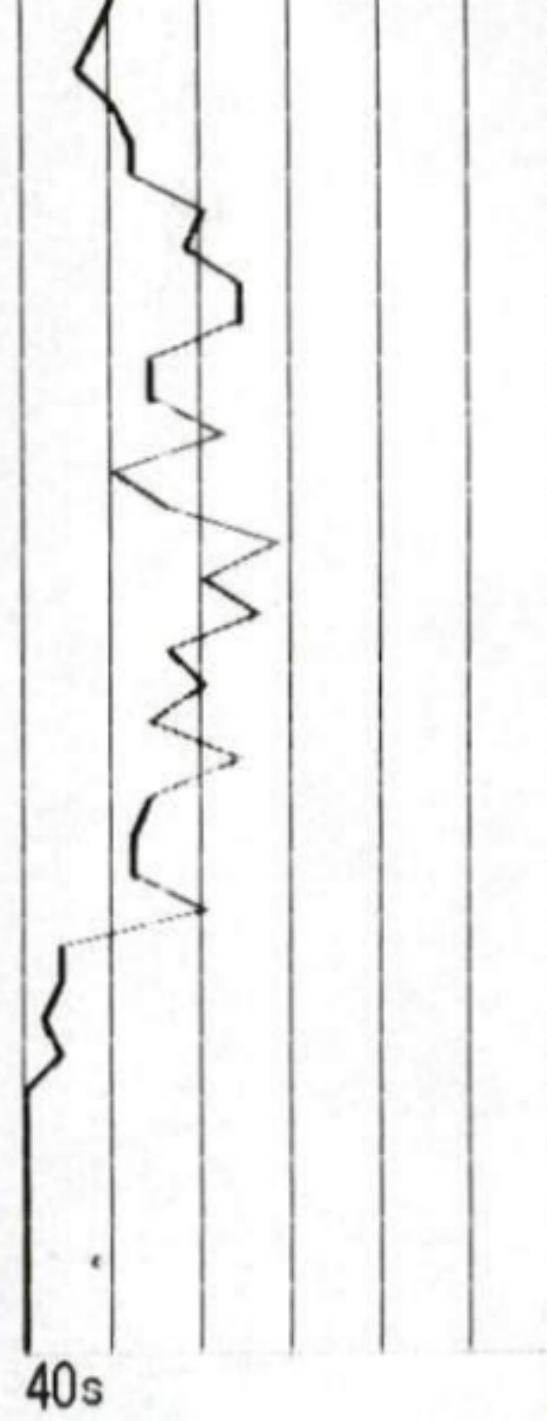
Age \_\_\_\_\_ Card No. \_\_\_\_\_

Department \_\_\_\_\_

Outpatient No. \_\_\_\_\_

Test No. 0018 Date \_\_\_\_\_

0 10 20 30ml/s



40s

## Measured Parameters

Waiting Time 23s

Voiding Time 32s

T10 6s

T90 26s

TQmax 18s

Qmax 14ml/s

Qavg 6ml/s

V 220ml

## Diagnosis

M. BOUGAN  
Leid  
24/11/2022

Chirurgien Antoine BOUAB  
Spécialiste en Urologie  
Services du Palais, Angle Bd. Ghandi  
Mansour, Imm. E - 3ème Etage  
Fax : 022 39 05