

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.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-773128

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : RAM

Matricule : 4013 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 246772

Nom & Prénom : BOUGARI SAÏD

Date de naissance : 6/11/1962

Adresse : LOT AL BOURTOKAL RUE 2 N°23 HAY CHAMOONE
USCASA CASA

Tél. : 0661093383 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Résidences du Palais, Angle Bd. Ghan
El Mansour, Imm. "E" - 3ème Et.

Date de consultation : 24 NOV. 2022

Nom et prénom du malade : BOUGARI SAÏD Age :

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

Nature de la maladie : Mel. diabétique

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

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
24 NOV. 2022	pehmed		4000	INP : 01033815 Méd Amine Boukhalil Chirurgien Drogue Résidences du Palais Angle Bd. Chendi Mansour, Imm. "E" - 3ème Etage Cas 2022 20 10 51

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	INP : <input type="text"/>														
				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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

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 الكلي
و المسالك البولية و التناسلية

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

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالأليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصي الكلي

Casablanca, Le 24 NOV. 2022 في الدار البيضاء،

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.

Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
El Mansour, Imm. E, 3ème 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

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

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلي
و المسالك البولية و التناسلية

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

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية
تفتيت حصي الكلي

الدار البيضاء، في 24 NOV. 2022 Casablanca, Le

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur,

Prie

Mr /Mme /Mlle

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

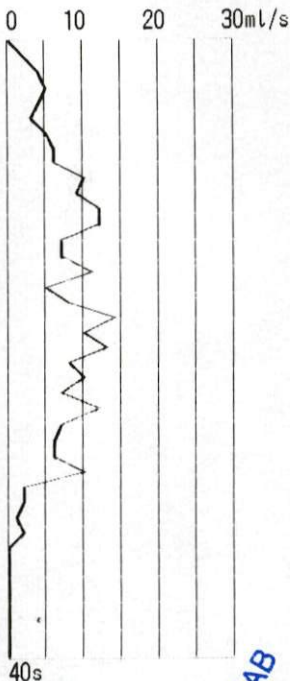
S'é levant à la somme de 400.00dhs

QUATRE CENT DIRHAMS

Signature et cachet du médecin

Uroflowmetry Report

Name _____ Gender Male
Age _____ Card No. _____
Department _____
Outpatient No. _____
Test No. 0018 Date _____



Measured Parameters

Waiting Time 23s

Voiding Time 32s

T10 6s

T90 26s

TQmax 18s

Qmax 14ml/s

Qavg 6ml/s

V 220ml

Diagnosis

Dr. Bou Gharbi
Leid

24/11/2022

Dr. Bou Gharbi
Chirurgien Urologue
Residences du Palais, Angle Bd. Ghand.
Boulevard Mansour, Imm. "E" - 3ème Etage
Tél : 022 39 10 10 Fax : 022 39 10 10