

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.



Déclaration de Maladie

N° M20- 0001667

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 : 04/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles


- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

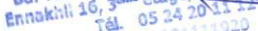
[illegible]

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/01/23	CS		200 de	 Dr. Yacoub Al Mansour Professeur d'Urologie Bd. Yacoub Al Mansour Angle Rue Malab Ennakhlil 16, 3 ^{ème} étage, N° 14 - Marrakech Tél. 05 24 20 12 22 INPE 101111920

[illegible]

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

[illegible]

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/10/23	e20	200 DR.

[illegible]

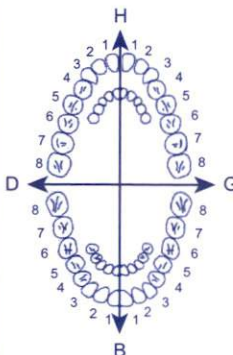
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

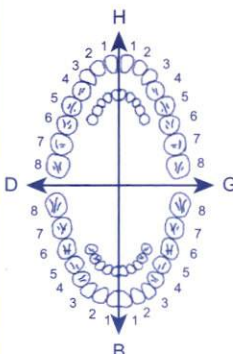
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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															
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS													
		DATE DE L'EXECUTION														

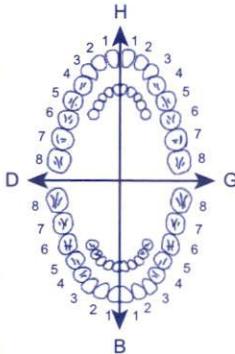
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		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
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pr. TOUTTI DRISS

Chirurgien Urologie Andrologue

Ex. Chef de service d'Urologie

Hôpital Militaire Avicenne

Marrakech

0628 84 49 39



عيادة أمراض المسالك البولية النخيل
CABINET UROLOGIE NAKHIL

ذ. التويتي إدريس

إختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية

أستاذ ورئيس قسم سابق لأمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية

بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

0628 84 49 39

Marrakech, Le : 04/01/2023

Ordonnance ECHOGRAPHIE VESICOPROTATIQUE

Mr DOUTABAA Chakib

Clinique

Examen

Le rein droit : est de taille normale, de contours réguliers. Sans dilatation des cavités pyélocalicielles, micro calcul de 2 mm.

Le rein gauche : est de taille normale, de contours réguliers. Sans dilatation des cavités pyélocalicielles, sans image de calcul.

La vessie : pleine, à paroi fine et à contenu transonore, Sans anomalies endo lumenales

Prostate : est d'échos structure homogène, de contour régulier, estimé à 40 grammes.

Résidu post mictionnel: absent

Conclusion

hypertrophie d'allure bénigne de la prostate modérée

Pr. Driss TOUTTI
Professeur Urologie
Bd. Yacoub Al Mansour, Angle Rue Halab
«Ennakhil 16», 3ème étage, N° 14 - Marrakech
Tél : 05 24 20 11 12 - Urg. : 06 28 84 49 39
INPE 1011/1920

شارع يعقوب المنصور (ملتقى زنقة حلب) النخيل 16 الطابق 3 - رقم 14 - مراكش - الهاتف : 05 24 20 11 12 - المستعجلات : 06 28 84 49 39

Bd. Yacoub AL Mansour (Angle Rue Halab) «Ennakhil 16» 3ème étage - N° 14 - Marrakech - Tél. : 05 24 20 11 12 - Urg. : 06 28 84 49 39

E-Mail : dtoutti@yahoo.fr

DOCTEUR TOUITI DRISS

Chirurgien Urologue Andrologue

-Ex. Chef de Services d'Urologie

Hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

Note d'honoraires

Date	Numéro
04/01/2023	17/23

DOUTABAA Chakib

Date	Lieu	Acte	Montant
04/01/23	Cabinet	Consultation	200,00
		Echographie	200,00
Total			400,00

Arrêtée la présente Note à la somme de:

QUATRE CENTS DIRHAMS

Pr. Driss TOUITI
Professeur d'Urologie
Bd. Yacoub Al Mansour Angle Rue Halab
Ennakhil 16, 3^{ème} étage, N° 14 - Marrakech
Tél. : 05 24 20 11 12
INPE 101211920

RIB

mindray

Dr. TOURIDENIS

04/01/2023 17:03:50

ESC 508 A AP 97% MID 6 TIS 0.5

DP-S

ABD

0

F L 5 M

016.6

G 64

TRA 1

0°5

DR 110

M



mindray

Dr. TOURIDENIS

04/01/2023 17:03:56

ESC 508 A AP 97% MID 6 TIS 0.5

DP-S

ABD

0

F L 5 M

016.6

G 64

TRA 1

0°5

DR 110

M

