

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3399 Société : RAT 170391

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : FARES EBBINE GHANDI

Date de naissance : 31.07.1960

Adresse : Habitation la Colline 1, n°4, CALIFORNIE

CASABLANCA

Tél. : 0661214935 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

**Docteur Youssef DAOUDI**

**Chirurgien Urologue**

**Imm. N°9, Appt.1, Rue El kharroub**

**Hay Riad - Rabat - Tél : 0537 71 15 95**

**INPE : 101163574**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17.07.23

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : adénocarcinose prostata

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 : CASA Le : 01/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
12/07 27			300	<i>Docteur Youssef DAOUDI Chirurgien Urologue Imm. N°9, Appt.1, Rue El kharroub Hay Riad - Rabat - Tel : 0537 71 15 95 INPE : 101163574</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

Cachet et signature de Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires	Cachet et signature du Praticien
<i>Docteur Youssef DAOUDI Chirurgien Urologue Imm. N°9, Appt.1, Rue El kharroub Hay Riad - Rabat - Tel : 0537 71 15 95 INPE : 101163574</i>	12/07 27	El nesal 1/40	300	<i>Docteur Youssef DAOUDI Chirurgien Urologue Imm. N°9, Appt.1, Rue El kharroub Hay Riad - Rabat - Tel : 0537 71 15 95 INPE : 101163574</i>

## 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.

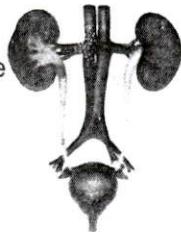
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Letters A through T are placed around the arches to				

**Docteur Youssef Daoudi**

Spécialiste en Chirurgie Urologique  
Diplôme de L'université de Paris  
Lithotripsie extra-corporelle  
Endourologie Urodynamique



**الدكتور الداودي يوسف**

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى  
والمسالك البولية والتناسلية  
تفتيت الحصى الجراحي بالمنظار

Rabat, le : **12.07.2023**

**Nom et prénom :**

**FARESEDDINE**

**GHANDI**

**Facture d'Echographie Rénale et Vésico-Prostatique**

**Recu la somme de 300 Mad**

**Docteur Youssef DAoudi**  
**Chirurgien Urologue**  
**Imm. N°9, Appt. 1, Rue El Kharroub**  
**Hay Riad - Rabat - Tél: 0537 71 15 95**  
**Mobile: 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95**

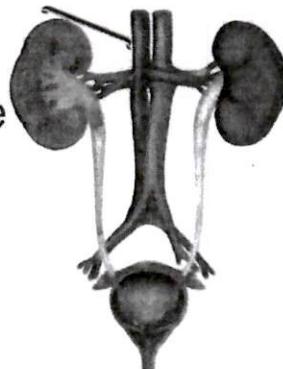
رقم 9 زنقة الخروب، عمارة الجزيرة شقة 1 سكتور 16 حي الرياض، الرباط "وراء بنك المغرب"

الهاتف : 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95

N°9, Rue Elkharroub, Imm Al Jazira Rdc, Appartement1. Secteur 16 Hay Riad - Rabat  
Tél : 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95

**Docteur Youssef Daoudi**

Spécialiste en Chirurgie Urologique  
Diplôme de L'université de Paris  
Lithotripsie extra-corporelle  
Endourologie Urodynamique



**الدكتور الداودي يوسف**

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى  
والمسالك البولية والتناسلية  
تفتيت الحصى الجراحة بالمنظار

Rabat, le : ١٢٠٢١٢٣

### **ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-PROSTATIQUE**

Nom et prénom : Fares Eddine Ghandi

Renseignements cliniques : contrôle urologique : adenocarcinome prostatique traité par radio-hormonothérapie.

Compte rendu :

- L'examen clinique est sans particularité : hypogastre et fosses lombaires libres
- OGE : RAS
- Haut appareil :
- Droit : échostructure normale, pas de dilatation des cavités, index cortical conservé.
- Gauche échostructure normale, pas de dilatation des cavités, index cortical conservé.
- Vessie de bonne capacité à paroi fine sans anomalies endoluminales **avec résidu post mictionnel non significatif.**
- Le poids de la prostate est estimé à 25 cc environ.
- Le reste de l'examen est sans particularité.

*Doctor Youssef DAOUDI  
Chirurgien Urologue  
N°9, Appt. 1, Rue El Kharroub  
Rabat - Tel : 0537 71 15 95  
Hay Riad - N°9  
Téléphone : 01163574*

رقم 9 زنقة الخروب ، عمارة الجزيرة شقة 1 سكتور 16 حي الرياض الرباط "وراء بنك المغرب"  
الهاتف : 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95

N°9, Rue Elkharroub, Imm Al Jazira Rdc, Appartement1. Secteur 16 Hay Riad - Rabat

Tél : 06 70 44 36 07 / 05 37 71 15 95

