

# 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.



## Déclaration de Maladie

M23-0028566

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7388 Société : 191277  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : MAJJAR Mohamed  
Date de naissance : 20.05.1966  
Adresse : 5, Rue Ibn Chica el Karawani - 2 Mars  
Tél : 0666245726 Total des frais engagés : 700 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 24 / 11 / 23  
Nom et prénom du malade : MAJJAR Hamza Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Problème de m. o. g. u.  
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 : 14 / 12 / 23  
Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

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



# 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
24/11/23	C.S		3000.11	
24/11/23	echo		4000.11	

# 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

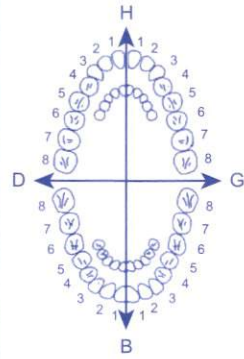
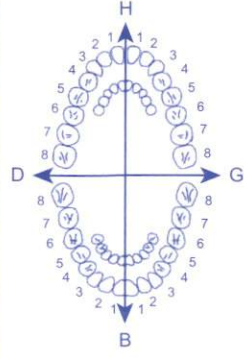
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 <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																	
	<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 <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Alae TOUZANI**  
**Chirurgien Urologue - Andrologue**



**الدكتور علاء التوزاني**

**اخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية**

Diplômé des Universités de Paris, Rabat et Montpellier  
Ex-Chirurgien au CHU Ibn Sina et aux Hôpitaux de France  
Fellowship en Chirurgie Mini-Invasive (MIS) - Toulouse  
Membre de l'Association Européenne d'Urologie

خريج جامعات الرباط و باريس و مونيبييه (فرنسا)  
جراح سابق في مستشفى ابن سينا و مستشفيات فرنسا  
تخصص في الجراحة طفيفة التوغل - تولوز (فرنسا)  
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

**Facture N°: 2728**

Date : 24/11/2023

Bénéficiaire : Mr Majbar Hamza  
Mr MAJBAR HAMZA

Tél. 0770712052

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
CNS	Consultation	1	300,00	300,00
ECH	Echographie	1	400,00	400,00
Total				700,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
sept cents dirham(s)

**Docteur Alae TOUZANI**  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
22, Bd. Yacoub El Mansour, Bur 42 - Casablanca  
INPE : 101 205 045

22, Bd Yacoub El Mansour (5<sup>ème</sup> étage) Bureau N°42, Mâarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق 5 , المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél : 05 22 23 84 73 - WhatsApp : 07 00 91 35 95 - 06 62 37 44 61

E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma





Casablanca le : 24/11/2023

**MR MAJBAR HAMZA**

**ECHOGRAPHIE SCROTAL ET VESICO-PROSTATIQUE**

Varicocele ?

**Appareil utilisé :** MyLab Twice (Esaote, Italie)

**Résultats :**

- **A droite :**
  - Testicule de taille et de morphologie normales mesurant 4,45 cm de diamètre bipolaire. Volume 14,2 ml.
  - Echostructure normale sans nodule suspect.
  - Pas d'anomalie épидидymaire.
  - Pas de varicocele significative.
  - Pas d'hydrocèle.
- **A gauche :**
  - Testicule de taille et de morphologie subnormales mesurant 4,10 cm de diamètre bipolaire. Volume 11,5 ml.
  - Echostructure normale sans nodule suspect.
  - Pas d'anomalie épидидymaire.
  - Varicocele significative de grade 3. Grade 4 de Sarteschi.
  - Pas d'hydrocèle.
- **Le reste de l'examen montre :**
  - Une vessie en semi réplétion sans anomalie évidente de ses parois.
  - Prostate de 10 cc en volume sans anomalie d'échostructure.

**Conclusion :** Varicocele grade III. Testicules de volumes corrects, sensiblement diminué à gauche.

22, Bd Yacoub El Mansour (5<sup>ème</sup> étage) Bureau N°42, Maarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق 5 , المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél : 05 22 23 84 73 - WhatsApp : 07 00 91 35 95 - 06 62 37 44 61

E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma

**Docteur Alae TOUZANI**  
Chirurgien Urologue et Andrologue  
INPE : 101205045