

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W21-788232

193925

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2714 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TRACHEL Mohamed

Date de naissance : 24/01/1975

Adresse : 1005 R. D. EL ANDALOUS RES ARMEIA CALIFORNIE CASA

Tél. : 0661 464168 Total des frais engagés : 1614,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr. Mohamed EL BAGHOUL

Cachet du médecin :

Chirurgien Urologue
تخصصي في أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية
404, Bd el Guds Rés Assafa, Etg 2 Apt 1
Aïn-Chock, Casablanca - Tél. : 522 870 888
INPE: 141170035

Date de consultation : CASA, 25/01/2024

Nom et prénom du malade : Trachel Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : Troubles du bas appareil urinaire

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) :

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 praticien attestant le paiement des Actes
25/01/24		15	360	
21/01/24				

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet d ou de	Date
	25/01/24

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des honoraires
	25/01/24		

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 : 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																	
	<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																	
	[Création, remont, adjonction] 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

Dr. Mohamed EL BAGHOULI



الدكتور محمد البغولي

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية

Chirurgien Urologue - Andrologue

° Calculs appareil urinaire

° Cancers Urologiques

° Endoscopie diagnostique et interventionnelle

° Echographie-Laser-Dysfonction érectile

° Infertilité masculine - Incontinence urinaire

° Chirurgie des hernies

° حصي الكلي والمسالك البولية

° سرطان المسالك البولية والتناسلية

° الفحص والجراحة بالمنظار

° الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي

° العقم عند الرجال - انفلات البول

° جراحة الفتق

URGENCE : 0663 11 29 23

NLPC, mini NLPC

إزالة حصي الكلي بدون جراحة

Tél: 05 22 870 888

Ordonnance

Casablanca, le: 25/01/24 : الدار البيضاء في

121,40 x 3

① Umax 0,4 mg

14/12

le soir
Lunch

250,00 x 3

② Norma - P

Agel x 2/1

Dr. Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية
404, Bd el Qods Rés Assafa, Etg 2 Apt 11
Aïn Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 888
INPE: 141170035

PHARMACIE JIVANE CALIFORNIE
Dr. FALAH YOUSSEF
10 PISTE TADDART Rés. LINA
JIVANE CALIFORNIE AIN CHOCK
05 22 87 11 11

LOT 231387
EXP 04/2025
PPV 121.40DH

LOT 231387
EXP 04/2025
PPV 121.40DH

NORMA - P
LOT: 530009
EXP: 05/2026
PPC: 250.000 DHS

LOT: 530008
EXP: 10/2025
PPC: 250.00 DHS

NORMA - P
LOT: 530009
EXP: 05/2026
PPC: 250.000 DHS

404, Boulevard El Qods, Résidence Assakane Al Anik (Lot safaa), N° 11, 2ème Etage, Mandarona, Aïn Chock, Casablanca

404, شارع القدس إقامة السكن الأنيق (إقامة الصفا), الطابق 2 شقة 11, الدار البيضاء



أخصائي في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية
Chirurgien Urologue - Andrologue

Facture

Casablanca, le: : الدار البيضاء في

ote d'honorairesFacture-2207

Nom du patient : MOHAMED TRACHU

Le 25/01/2024

Prestation	P.U	Qté	TVA	Total
Consultation	300.00 DHS	1	0 %	300.00 DHS
Echographie	200.00 DHS	1	0 %	200.00 DHS

Total en lettres	cinq cents DHS et zéro centimes	Total (TTC)	500.00 DHS
Praticien Responsable	Mohammed EL BAGHOULI		

Dr. Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue
أخصائي في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية
404, Bd el Qods Rés Assaf, Etg 2 Apt 11
Ain-Chock, Casablanca - Tél: 0522 870 888
INPE: 141170035

Dr. Mohamed EL BAGHOULI



الدكتور محمد البغولي

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية
Chirurgien Urologue - Andrologue

- Calculs appareil urinaire
- Cancers Urologiques
- Endoscopie diagnostique et interventionnelle
- Echographie-Laser-Dysfonction érectile
- Infertilité masculine - Incontinence urinaire
- Chirurgie des hernies

حصى الكلي والمسالك البولية
سرطان المسالك البولية والتناسلية
الفحص والجراحة بالمنظار
الفحص بالصدى - تفتيت الحصى - الضعف الجنسي
العقم عند الرجال - انفلات البول
جراحة الفتق

URGENCE : 0663 11 29 23

Ordonnance

Tél: 05 22 870 888

Casablanca, le: ~~Casablanca, Le.25/01/2024~~ في الدار البيضاء

Patient : Mr Trachli Mohamed

ECHOGRAPHIE RENALE ET PELVIENNE

Résultats :

. Rein droit de taille normale, bien différencié, siège d'un kyste polaire sup de 8,5cm,

. Rein gauche de taille normale, bien différencié, de contours réguliers, sans DPC

. La vessie est semi pleine, sans anomalies endoluminales,

Prostate augmenté de volume 180 gr avec un lobe médian, de contours réguliers

Dr. Mohamed EL BAGHOULI
Chirurgien Urologue
أخصائي في أمراض وجراحة الكلي والمسالك البولية والتناسلية
404, Bd el Qods Rés. Assakane Al Anik, Etg 2 Apt
Ain-Chock Casablanca - Tél: 0522 870 888
+41170035

404, Boulevard El Qods, Résidence Assakane Al Anik (Lot safaa), N° 11, 2ème Etage, Mandarona, Ain Chock, Casablanca

40. شارع القدس إقامة السكن الأنيق (تحتة الصفا) الطابق 2 شقة 11 منظرنا عن الشقة الدار البيضاء

Patient

N° 26012024-001820
 Nom TRACHLI, MOHAMED
 D. naissance
 Sexe

Exam

N° d'accès
 Dte exam. 26-01-20
 Description
 Opérateur

