

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ■ 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Hopital Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-495820

N°: 11948

ANPL

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 10000 | | Société : RAM | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : BOUSSAID | | ADNANE | |
| Date de naissance : 17/11/73 | | | |
| Adresse : Vika 94 CAR BOUSKOURA VILLE VERTE BP 27182 | | | |
| Tél. : 0661305200 | | Total des frais engagés : Dhs | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| | | | |
| Date de consultation : 02/12/2019 | | | |
| Nom et prénom du malade : BOUSSAID Adnane Age: | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : Prostate | | | |
| 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/12/2019

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02.12.19 | CS ECHO | | | INF: 10810837622 108.376.22 Bd Abdellatif Ben Moumen - Imme A, N°3 Casablanca Tél: 0522 98 98 12/22 Fax: 0522 98 98 22 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIGRAPHIES

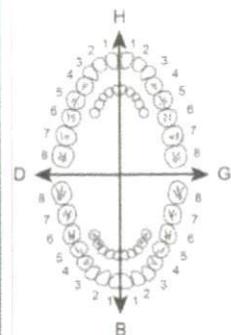
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

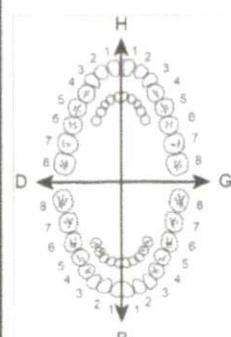
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**Professeur
Abdennabi Joual**

Chirurgien Urologue
Andrologue

Ancien Professeur d'Urologie à la Faculté
de Médecine de Casablanca

Ancien Président de l'Association
Marocaine d'Urologie

Membre de l'Association
Européenne d'Urologie



Cabinet d'Urologie
Professeur Joual

عيادة أمراض المسالك البولية
الاستاذ أحوال

الدكتور

عبدالنبي أحوال

اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء

رئيس سابق للجمعية
المغربية لجراحة المسالك البولية

عضو بالجمعية
الأوروبية لجراحة المسالك البولية

Casa le 02.12.19

NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné, Professeur JOUAL Abdennabi, certifie avoir reçu
de Monsieur BOUSSAID Adnane la somme
de SEPT CENT dirhams (700 dirhams) concernant l'acte suivant :

- 300 CONSULTATION.
- 400 ECHOGRAPHIE.

Fait pour servir et valoir ce que droit.

Professeur JOUAL Abdennabi

Professeur Abdennabi JOUAL
Chirurgien Urologue
Casablanca - Tel. 0522 98 98 12 -
05 22 98 98 12 -
416, Bd Abdelloumen, immeuble A, N°3

**Professeur
Abdennabi Joual**
Chirurgien Urologue
Andrologue

Ancien Professeur d'Urologie à la Faculté
de Médecine de Casablanca
Ancien Président de l'Association
Marocaine d'Urologie
Membre de l'Association
Européenne d'Urologie



Cabinet d'Urologie
Professeur Joual
عيادة أمراض المسالك البولية
الاستاذ أ جوال

**الدكتور
عبدالنبي أجوال**
اختصاصي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية
أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
رئيس سابق للجمعية المغربية لجراحة المسالك البولية
عضو بالجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

Casa le 2 Décembre 2019

NOM : BOUSSAID
PRENOM : Adnane

ÉCHOGRAPHIE RÉNALE ET VÉSICALE

Les reins sont de taille normale.

Ils sont de contours réguliers, avec une bonne différentiation cortico- médullaire sans anomalies écho-structurale.

Absence de lithiasis rénale et absence de dilatation des cavités pyélo -calicielles.

Vessie pleine ne présente pas d'anomalie pariétale ou endo-luminale .

Résidu post mictionnel non significatif.

Professeur Abdennabi JOUAL
Chirurgien Urologue
416, Bd Abdelmoumen, Immeuble A, N°3
Casablanca Tél. 0522 98 98 12/22
Fax 0522 98 98 22