

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 3 mois.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-499158

N° 17261

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11919 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DINIA RACHID
 Date de naissance : 18/11/1948
 Adresse : Rue Mohamed Belhassen SLOUAZZANI
 Rés. LONA Appr R.C. Rasat Agdal.
 Tél. : 2661 40 9541 Total des frais engagés : 200,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur LACHKAR Azzouz
 Professeur d'Urologie
 Chirurgien Urologue
 46, Av. de France, N° 4 Agdal
 Rabat - Tél.: 05 37 77 02 22

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : DINIA Rachid Age :

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

Nature de la maladie : Prostatectomie

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
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 17/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
01/11/19	GCH		200 DH	

Professeur d'Urologie
Chirurgien Urologue
46, Av. de France, N° 4 Agdal
Rabat - Tél. 05 37 77 02 22

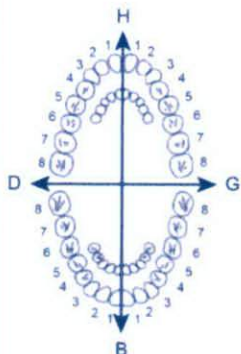
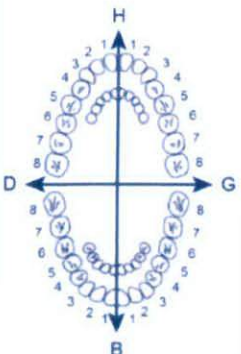
[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan d'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
				MONTANTS DES SOINS 												
				DEBUT D'EXECUTION 												
				FIN D'EXECUTION 												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX 												
	H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">D</td> <td style="padding: 2px 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px 10px;">B</td> </tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession															
					DATE DU DEVIS 											
				DATE DE L'EXECUTION 												

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch with 16 piers numbered 1 through 8 on each side of the central axis. The central axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'B' on the right. The piers are numbered 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the left side and 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 on the right side, starting from the center and moving outwards.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur LACHKAR Azzouz
Professeur d'Urologie
Chirurgien-Urologue

Mr dinia rachid

Le : 09/12/2019

Renseignements cliniques : Prostatite

ECHOGRAPHIE

Reins de taille et de morphologie normale (12/6cm)

Absence de Dilatation des cavités pyélo calicielles

ICM conservé

Absence de lithiase rénale

Vessie de bonne capacité, à paroi épaissie et a contenue homogène : absence de lithiase de vessie

Prostate augmenté de volume (65g), hétérogène, avec des calcifications


Docteur LACHKAR Azzouz
Professeur d'Urologie
Chirurgien Urologue
46, Av. de France, N°4, Agdal
Rabat - Tél: 05 37 77 02 22

Avenue de France –Résidence Atlas N° 46, Appt N°4, Agdal-Rabat
Prés de la station du tramway »Avenue de France »

Tél/Fax : 0537 77 02 22. GSM : 0668 83 13 86