

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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° M21- 061878

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1657

Société : RAN

143237

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CHRAIBI ABDELMALEK

Date de naissance : 1/6/53

Adresse : 15, Rue Caïd A Khed case

Tél. : 0661253157

Total des frais engagés : 2000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Hamza EL NEH
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/03/2022

Nom et prénom du malade : Aouatef Labrichi

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Lithiase uréterale droite

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 : 26/4/22

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

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
22/03/22	Ablation de sonde JJ		2000DH	Docteur Hamza EL BELLI Urologue-Sexologue Tél.: 06 56 20 62 06 INPE: 0091186478

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21/22	Ablation de SOMD II		2000DH	Docteur Mohamed El Mellouli Urologue-Sexologue Tél.: 06 56 20 62 06 INPE: 0091186478

[illegible]

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

[illegible]

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

[illegible]

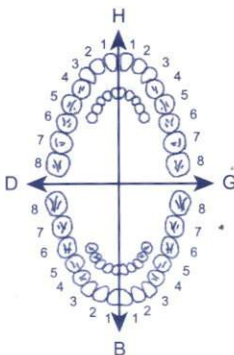
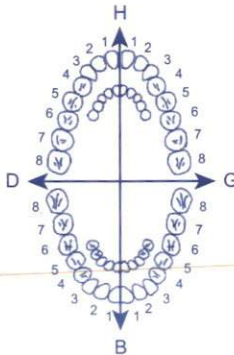
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan

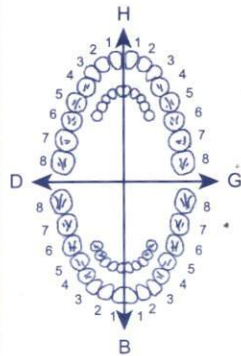
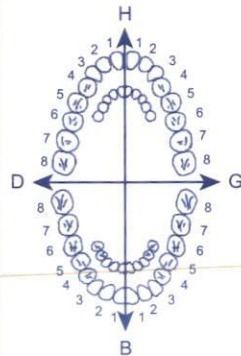
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION	
				FIN D'EXECUTION	
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			MONTANTS DES SOINS		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D H 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B 00000000 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné, **Dr. EL NEIL HAMZA**.

Présentes meilleurs vœux de rétablissement à :

Mme. LAHRICHI AOUATEF.

Et lui présente ma note d'honoraire de 2000dh.

Le 22/03/2022 à Casablanca.

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Tél : 06 56 206 206

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

CASABLANCA LE 22/03/2022

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mme AQUATE LAHRICHI

INDICATION : ABLATION DE LA SONDE JJ

EN POSITION GYNECOLOGIQUE

INTRODUCTION DU FIBROSCOPE

REPERAGE ET ABLATION DE LA SONDE JJ A LA PINCE CROCODILE

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue-Sexologue
Tél.: 06 56 20 62 06
INPE: 0091186478