

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.



Déclaration de Maladie

W21-838102

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10461 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSERRHINE ASDELJALIL

Date de naissance : 14/10/1964

Adresse : 02 Rue ALHAMRA Berrechid

Tél : 0662 772145 Total des frais engagés : 902,8 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Hamza EL NEEL
Urologue - Andrologue
Sexologue
Tél : 06 56 206 206

Date de consultation : 22/01/2024

Nom et prénom du malade : ASSERRHINE ASDELJALIL Age :

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

Nature de la maladie : ☒ ALD ☐ ALC Pathologie :

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'att. 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 : Nouadour Le : 28/02/24

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

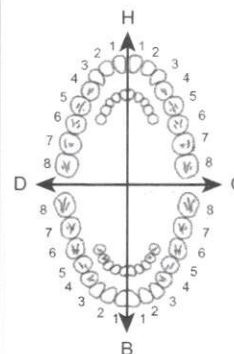
[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2024	302.80

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

[illegible]

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



		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

Montant des
HonorairesDATE DI
L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



Cabinet Dr. Hamza EL NEIL
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

22/1/24

M^r Asserhi Abdeljabir

193.10 + 109.70

1/ Contifloxy 4mg
1/8 box 3 mois

302.80

Cabinet Dr. Hamza EL NEIL
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE



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

إقامة المولد 4 مدخل (ب) الطابق 3 شقة رقم 36 ملتقى شارع أنوال وشارع عبدالمؤمن - الدار البيضاء
Résidence Al MAWLID 4 Porte (B) 3ème étage Apt. N° : B 36 - Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen - B.P. 20340 - Casablanca
Tél.: 0522 23 42 97 - Urg : +212 656 206 206 - elneilhamza@hotmail.com - N° ICE : 002752425000008 - INPE : 091186478

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné, **Dr. EL NEIL HAMZA.**

Présentes meilleurs vœux de rétablissement à :

Mr. ASSERRHINE ABDELJALIL.

CONSULTATION: 300 DH

ECHOGRAPHIE: 300 DH

Et lui présente ma note d'honoraire de : 600DH

Le 22/01/2024 à Casablanca.

Cabinet Dr. Hamza EL NEIL
CENTRE DE SOINS D'UROLOGIE

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue - Andrologue
Sexologue
Tel: 06 56 206 206

Docteur Hamza EL NEIL
Urologue Sexologue
Andrologue



الدكتور النيل حمزة
أخصائي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

CASABLANCA LE 22/01/2024

COMPTE RENDU ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-PROSTATIQUE

Mr ASSERRHINE ABDELJALIL

LE REIN DROIT DE TAILLE ET MORPHOLOGIE NORMAL SANS DILATATION DES
CAVITES EXCRETRICES NI IMAGE DE CALCUL

LE REIN GAUCHE DE TAILLE ET MORPHOLOGIE NORMAL SANS DILATATION DES
CAVITES EXCRETRICES NI IMAGE DE CALCUL

VESSIE SEMI PLEINE A PAROI LEGEREMENT EPAISSIE DE LUTTE

PROSTATE AUGMENTEE DE VOLUME ESTIMEE A 61 CC AVEC SAILLIE DU LOBE
MEDIAN AU DEPEND SURTOUT DU LOBE GAUCHE

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

إقامة المولد 4 مدخل (ب) الطابق 3 شقة رقم 36 ملتقى شارع أنوال وشارع عبدالمؤمن • الدار البيضاء
Residence Al MAWLID 4 Porte (B) 3ème étage Apt. N° : B 36 • Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen • B.P. 20340 • Casablanca
Tél.: 0522 23 42 97 • Urg : +212 656 206 206 • elneilhamza@hotmail.com • N° ICE : 002752425000008 • INPE : 091186478

