

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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° P19-0017497

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01137 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LOUDINI Ahmed Date de naissance : 27/12/52

Adresse :

Tél. : 0666177770 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/08/2019

Nom et prénom du malade : Loudini Ahmed Age :

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

Nature de la maladie : Indigestion

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) :

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
27/6/19	C2	1	2000	
27/6/19	C3	1	4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27 JUIN 2019	68170

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires

Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales

Echographie - Circoncision - Andrologie

Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك

جراحة المسالك البولية والتناسلية

خريج كلية ننسي (فرنسا)

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية

عقم عند الرجال . زرع الكلية . تطهارة الأطفال

Casablanca, le

27/8/19

vacini Alued

106,70 3 *Cardus sus* **S.P.**
15 320 10

153,30 12 *Plumier 160* **S.P.**
106,60 2 100

87,50 12 *Sjfare* **S.P.**
15 100 100

Pharmacie ROSE de la Corniche
Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi
Dar Bouazza Km 3,500 Casablanca
Tél : 05 22 90 62 98

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
52, Rue Taha Houcine (Ex Gallilé) Qt. Gauthier
Casablanca
Tél : 05 22 67 08 98 / 05 22 67 22 24

Pharmacie ROSE de la Corniche
Rte. d'Azemmour Oulad El Hamdi
Dar Bouazza Km 3,500 Casablanca
Tél : 05 22 90 62 98

LOT N°: 1 2 7 2 1 6 1

UT.AV: 0 3 2 4

1 0 6 7 0

P.P.V:

09366003/5

106,70

LOT N°: 1 2 7 2 1 6 1

UT.AV: 0 3 2 4

1 0 6 7 0

P.P.V:

09366003/5

106,70

LOT N°: 1 2 7 2 1 6 1

UT.AV: 0 3 2 4

1 0 6 7 0

P.P.V:

09366003/5

106,70



27,50

153,30

GD 98



153,30



27,50

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie
Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotripie Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك
جراحة المسالك البولية والتناسلية

خريج كلية نسي (فرنسا)
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بنسي
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية
أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le 27/6/99

Reçu

Reçu de 100 000 (Sept cent mille) Dirhams

pour honoraires pour

consultation et échographie
Nécessaire et versé par le patient et
le médecin

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
12, Rue Taha Houcine (Ex Gallilée) Qt. Gauthier
Casablanca
Tél.: 0522 26 70 98 / 0522 26 72 24

NOM : LOUDINI

Opérateur : Dr J. ZEMRAG

Prénom : Ahmed

Date de naissance : 01/01/1952

Date d'examen : 27/06/2019

TYPE :

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE DE
L'APPAREIL UROGENITAL**

INDICATION :

Grosse bourse droite + Prostatisme

HAUT APPAREIL URINAIRE

	Rein droit	Rein gauche
Dimension	10.6/3.9	10.6/3.9
Différenciation corticomédullaire	Normale	Normale
Syndrome tumoral	Non.	Non.
Dilatation pyélocalicielle	Non	Non
Lithiase	Non	Non

TESTICULES

Hydrocèle droite

VESSIE

Epaisseur	Normale
Diverticule	Non
TV	Non
Résidu	Non

ECHOGRAPHIE PROSTATE

Taille	Augmentée (31.32 g)
Echostructure	Normale

CONCLUSION :

Haut appareil : normal
Vessie : normale
Testicules : hydrocèle droite
Prostate de taille augmentée et homogène.

Dr J. ZEMRAG
CHIRURGE UROLOGUE
4, Rue Tahar Houdine (ex Sahliée) O2. Gauthier
Casablanca
Tél.: 0522 25 70 63 / 72 24