

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

itions 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.

armacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5228 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL GNAOUI A.B DEL HAK

Date de naissance : 17/02/1958

Adresse : 72 Rue El Oued 20000 App. 11 Hay RAHA

CASA BLANCA

Tél. : 0669742702 Total des mois engagés : 2019 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Med Amine BOJAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Grand
Yacoub El Mansour, imm. E, 3ème Etage
0522 20 45 45 - Fax : 0522 22 78 18

Date de consultation : 23 NOV. 2019

Nom et prénom du malade : EL GNAOUI A.B DEL HAK Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Allait - Maladie de l'œil

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 BLANCA

Le : 05/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

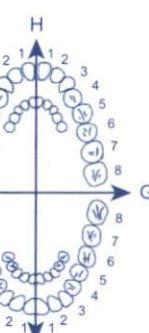
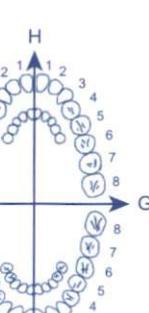
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
				Coefficient des travaux																				
				Montants des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552			00000000	00000000		D	00000000	00000000	G		35533411	11433553		B			
H	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
D	00000000	00000000	G																					
	35533411	11433553																						
B																								
				Coefficient des travaux																				
				Montants des soins																				
				Date du devis																				
				Date de l'exécution																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلى
و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) ا
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le 23 NOV. 2019 الدار البيضاء، في

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur,

Prie

Mr /Mme /Mlle

EL GNAOUI Abdelhak

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

Pour Une consultation

= 300.00dhs

Echographie rénale et vésicale

= 400.00dhs

S'élevant à la somme de

700.00dhs

SEPT CENT DIRHAMS

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. E - 3ème Etage
Tél : 022.39.10.50 - Fax : 022.39.10.51

Signature et cachet du médecin

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلى
و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) |
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le 23 NOV. 2019 الدار البيضاء، في

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-
PROSTATIQUE SUS PUBLIENNE**

NOM : EL GNAOUI

PRENOM : Abdelhak

Absence d'épanchement intra-péritonéal et adénopathie abdominale.

Le rein droit est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

Le rein gauche est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

La rate est de situation, de taille et d'échostructure normales.

La vessie est en semi réplétion, à contenu anéchogène à paroi épaisse et régulière. Pas de prolifération endoluminale ou pariétale, ni de lithiase visible. Après miction, on note un résidu post-mictionnel non significatif.

L'exploration de la prostate par voie sus pubienne ne montre pas de lobe médian saillant. Par ailleurs, prostate augmentée de taille et d'échostructure hétérogène, pesant environ 50 g. Absence d'épanchement pelvien.

CONCLUSION: Echographie rénale et vésico-prostatique révélant à ce jour, une HBP sans retentissement sur le haut appareil urinaire. RPM négligeable. A compléter par un dosage de PSA.

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. E - 3ème Etage
Tél : 022.39.11.50 - Fax : 022.39.10.51

CABINET D' UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

00:27:21

C36

DIST mm

+

42

田

47

*

46

PROSTATE

MR EL GNAOUI ABDELHAK

D1 42

D2 47

D3 46

Vml 47.5

G58 CD54 P150

G58 CD54 P150

1:P&S 2:VLM 3:RC 4:VIT 5:A/B 6:TPS

0:SUI

CABINET D' UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

00:26:41

C36

VESIE

MR EL GNAOUI ABDELHAK

G58 CD54 P150

CABINET D'UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

00:28:47

C36

MR EL GNAOUI ABDELHAK

REIN DT

G62 CD54 P150

CABINET D'UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

00:27:59

C36

MR EL GNAOUI ABDELHAK

REIN G

G58 CD54 P150