

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.

Éducation :

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° P19-0026667

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **22229**

Matricule : **3255** Société : **RAT**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BACHA Mohammed**

Date de naissance : **13/12/1955**

Adresse : **267, Bd de la grande Ceinture H.M. CASABLANCA**

Tél. : **0613 744690** Total des frais engagés : **145** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Yassin SAYERH
CHIRURGIEN UROLOGUE

أخصاص أمراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتاسلية
INP - 001241984
Mohammedia - Tél. : 05 21 21 00 06

Cachet du médecin :

Date de consultation : **01/02/2020**

Nom et prénom du malade : **BACHA Mohammed** Age : **65 ans**

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

Nature de la maladie : **Infection**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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 : **CASABLANCA** Le : **01/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

32

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
01/02/2020	Contrôle			Dr Yassin SAYERH CHIRURGIEN UROLOGUE اختصاصي امراض وجراحة الكلى والمسالك البولية والتناسلية INP 051241984 Mohammedia Tél. : 05 21 21 00 06

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
LABORATOIRE AMARA Mohammed 1, Bd. Mouloud - Mohammed Tél. : 05 23 30 40 30	14/02/2020	B 90	165.000 DA

AUXILIAIRES MEDICAUX

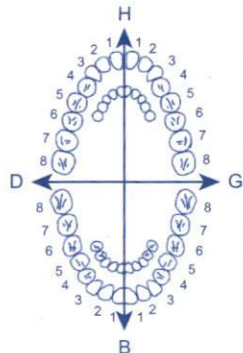
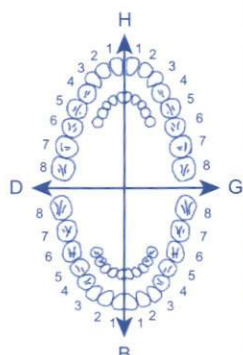
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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><tr><td colspan="2">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 colspan="2">B</td></tr></table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction]				MONTANTS DES SOINS														
	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

Dr Yassin SAYERH

**Chirurgien Urologue
-Andrologue -**

Fixe : 05 21 21 00 06
05 23 31 79 63



الدكتور ياسين الصايغ

أخصائي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

Urgences : 06 64 21 43 99

Ordonnance

A Mohammedia le : 11/04/2022

M^r Bacho Mohamed
65 ans

Faun SUP

LABORATOIRE AMARA
Mohamed AMARA
3, Bd. Med.V - Mohammedia
Tél : 05 23 30 40 30

ECBU Contrôle
après traitement

Indications : Infection urinaire à
E. Coli en cours de traitement

Dr Yassin SAYERH
CHIRURGIEN UROLOGUE

12, Rue Bir Anzaran Résidence Fayçal (Derrière Carrefour KASBAH) 1^{er} Etage Mohammedia
12، شارع بئر أنزران إقامة فيضال (القنطرة) الطابق الأول المحمدية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **50214409**

Analyses effectuées le: 14/02/2020

Pour.....: **Mr. BACHA MOHAMED**

Sur prescription du: Dr

Code.....: 00046588



Organisme.....:

Bilan:

CBU

Cotation : (B 90)

Montant Net : 145.00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT QUARANTE CINQ Dhs 00 Cts

LABORATOIRE AMARA
N° 00000000000000000000
3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30

Prélèvement du : 14/02/2020 Heure : 09:50
Edition du : 15/02/2020
Code Patient : 00046588
Matricule : 

Référence 50214T2409 du : 14/02/2020
Mr. BACHA MOHAMED
Médecin: Dr.

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

- Aspect..... : Trouble

CHIMIE:

- PH..... : 6
- Albumine..... : Négatif
- Glucose..... : Négatif
- Corps cétoniques..... : Négatif
- Sang..... : Négatif

CYTOLOGIE:

- Leucocytes..... : 30 à 35
- Hématies..... : 0
- Cellules épithéliales. : +
- Cylindres..... : Absents
- Cristaux..... : Absents
- Trichomonas : Absents
- Levures..... : Absentes

/chp (< à 5)
/chp (< à 10)

RECHERCHE DE GERMES BANALS ET LEVURES:

- Culture..... : Demeurée stérile.

- Leucocyturie avec culture demeurée stérile.
 - Infection décapitée?
 - Non respect des conditions de prélèvement?

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
1, Bd. Méd. V - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 40 30