

## 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.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### 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 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 MUUPRAS 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	8187	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ABOUTAYEB NOUR SAID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0615472124 Total des frais engagés : 232,70 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
 <b>Dr. M. Amine BOUAB</b> Chirurgien Urologue Cliniques du Palais 10 El Mansour Casablanca 0522 39 10 31 - 0522 39 10 32 0522 39 10 33			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
ABOUTAYEB NOUR SAID			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Soi-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection Urologique			
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.			
28 FEV. 2020			

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 : 19/02/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
18/02/20		Van facture		INP 09/03/2020 Dr. M <sup>e</sup> Amine BOUABD Chirurgien Urologue dées du Paas Angle Bd Ghazi esour imm E <sup>e</sup> 3ème F 0522 39 11 11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/02/20	232.30

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D —————— G 00000000   00000000 35533411   11433553 B			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

# الدكتور محمد أمين بواب

Docteur M. Amine BOUAB

## 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

والمسالك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص والغراحة بالآلات البصرية للمسالك البولية

تفنيت حصى الكلى

Casablanca, le : ..... 13/02/2020 الدار البيضاء، في :

Montayes Nom Soub  
7<sup>me</sup> étage

83,20

Spectrum 50g

149,50 16x21g pot 2

232,70

few

Casablanca - Tel: 05 22 39 09 70  
12, Rue Ahmed Ben Barka  
Docteur en Pharmacie  
Mme. Aïcha Souid Soubra  
PHARMACIE AL ANNA

149,50

Dr. Med.  
Chirurgien Urologue  
Les Résidences du Palais, Angle Bd Ghandi  
et Yacoub El Mansour Imm "E"-3ème Etage  
Tel: 0522 39 10 50 Fax: 0522 39 10 51

83,20

Résidences du palais, angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour

Entrée par rue Yasmine, Imm, E, 3<sup>eme</sup> étage - Casablanca

Tel.: 05 22 39 10 50 • Fax : 05 22 39 10 51 • Mobile: 06 63 72 39 30 • E-mail : drbouab.uro@gmail.com

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي، وشارع يعقوب المنصور  
الدخول زنقة ياسمين، عمارة E، الطابق الثالث، الدار البيضاء