

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, parodontologie 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 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 tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

N° W19-471404

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **25269**

Matricule : **2670** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BOUDAYEB FOUAD**

Date de naissance : **24-09-1962**

Adresse : **12 RUE AMAZONES POLO CASABLANCA**

Tél : **0661 558 78** Total des frais engagés : **422,90** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **11/03/2020**

Nom et prénom du malade : **Boudayeb Fouad**

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

Nature de la maladie : **Diabète**

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 : **CASABLANCA**

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
11/03/2026	C.S.	300 DH		INP : 957210823

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SOINS POLO Rue de la Méditerranée 102 Bis POLO Avenue Atlantide Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00	11/03/2026	1793

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Adil OUZZANE

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ex. Professeur associé à la faculté
de médecine de Lille (France)
Ancien Chef de Clinique et Praticien
Hospitalier au CHU de Lille
Membre des Associations Française
et Européenne d'Urologie



الدكتور عادل وزان

أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية

أستاذ باحث سابقا في كلية الطب

بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية

بالمستشفى الجامعي بليل

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية و الأوروبية

لجراحة المسالك البولية

Casablanca le : 11/03/2020

MR BOUTAYEB AYMANE

PPV: 14DH00

PER: 11/22

LOT: 22589

• Doliprane 1 g

1 Comprimé, matin, midi, soir, pendant , 1 semaine

• Brufen 400 mg

1 Comprimé, midi, soir, pendant , 1 semaine

• Inexium 40 mg

1 Comprimé, matin, pendant , 2 semaines

PHARMACIE JARDINS POLO
Boulevard SEKKAT
Docteur en Pharmacie

Avenue Atlantique, N° 102 Bis Polo
Casablanca - Tél : 05 22 52 74 00

Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd. Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al oussam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr OR
Boîte 14
641/150MP/21ANRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

22, Bd Yacoub El Mansour (5^{ème} étage) Bureau N°42, Mâarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق 5, المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél: 05 22 23 84 73 - E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma

Docteur Adil OUZZANE

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ex. Professeur associé à la faculté
de médecine de Lille (France)

Ancien Chef de Clinique et Praticien
Hospitalier au CHU de Lille

Membre des Associations Française
et Européenne d'Urologie



الدكتور عادل وزان

أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية

أستاذ باحث سابقا في كلية الطب

بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية

بالمستشفى الجامعي بليل

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية و الأوربية

لجراحة المسالك البولية

Casablanca le : 11/03/2020

MR BOUTAYEB AYMANE

ECHOGRAPHIE RENALE

Indication : douleurs inguinales et testiculaires gauches .

Résultats :

• **A droite :**

- Testicule droit de taille et de morphologie normales mesurant 4,23 cm de diamètre bipolaire.
- Echostructure normale sans nodule visible
- Pas d'anomalie épидидymaire
- Varicocèle droite de grade 1-2

• **A gauche :**

- Testicule gauche de taille et de morphologie normales mesurant 3,90 cm de diamètre bipolaire.
- Echostructure normale sans nodule visible
- Pas d'anomalie épидидymaire
- Varicocèle gauche de grade 2-3

• **Le reste de l'examen montre :**

- Une vessie sans anomalie évidente de ses parois (sous réserve des limites de l'échographie).
- Reins ne présentant pas de syndrome de masse.

Conclusion :

Varicocèle bilatérale prédominant à gauche.

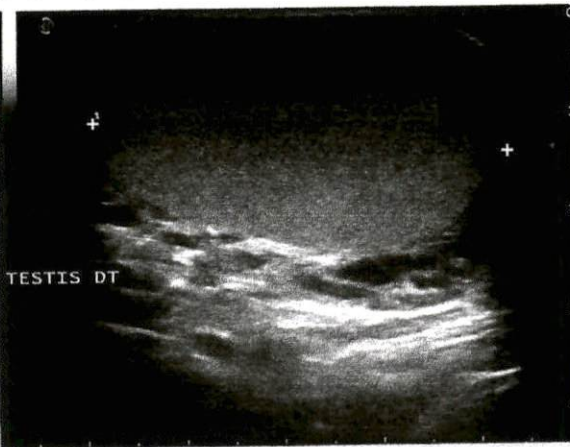
Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue - Andrologue
22, Bd. Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca

11 MAR 2020 17:50:19

B RES-B G 69%
P 44mm XV C1
PRC 13/6/1 PRS 2
PST 1 C 2

GENERAL LAS23

D1 4.23 CM



11 MAR 2020 17:5

B RES-B G --- CPM F 6.3 MHz G ---
P 44mm XV C1 PRF 1.3 kHz
PRC 13/6/1 PRS 2 PRC N/ 2 PRS 6
PST 1 C 2 FP 3

GENERAL LAS23

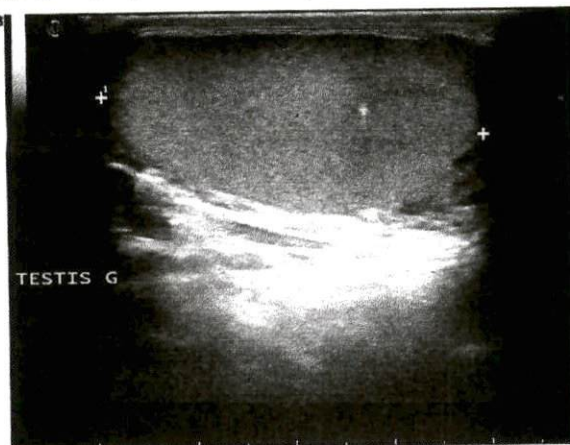


11 MAR 2020 17:51:40

B RES-B G 87%
P 44mm XV C1
PRC 13/6/1 PRS 2
PST 1 C 2

GENERAL LAS23

D1 3.90 CM



11 MAR 2020 17

B RES-B G 87% CPM F 6.3 MHz G 60%
P 44mm XV C1 PRF 1.3 kHz
PRC 13/6/1 PRS 2 PRC N/ 2 PRS 6
PST 1 C 2 FP 3

GENERAL LAS23



11 MAR 2020 17:55:45

M, B CPT-L G 50%
TEI P 166mm XV +4
PRC 16/3/1 PRS 6
PST 0 C 1

VESSIE CA430E



11 MAR 2020 1

M, B CPT-L G ---
TEI P 166mm XV +4
PRC 16/3/1 PRS 6
PST 0 C 1

VESSIE CA430E

