

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **ditions 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.

## **rmacie :**

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## **ologie 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.

## **ntaire :**

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.

## **ladie 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



## **Déclaration de Maladie**

Nº P19- 065004

ND: 2254

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### **Cadre réservé à l'adhérent [e]**

Matricule : 3105 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : HOURRI Mohamed  
Date de naissance : 01 02 1957  
Adresse : Cité D'Jamaïc, Jami'ia, 1 Rue 2 N°3 Casablanca  
Tél. : 06 61 20 86 03 Total des frais engagés : 727,00 DH Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/01/2014

Nom et prénom du malade : HOURRI Mohamed Age : 57

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Effacement de la prostate

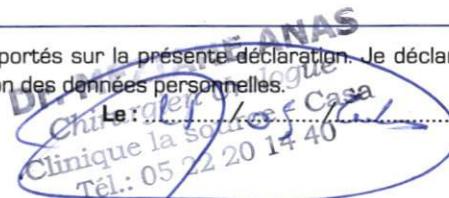
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 Le : 28/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : Mohamed Hourri



## **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      |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/03/2020      | u                 | 329                   |                                 | MEZIANE<br>Chirurgien Urologue<br>la source - 0932<br>22/03/2014 40 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **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 |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 15.03.2013 | 300                          | 427,00                 |

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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.

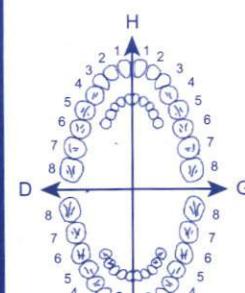
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |  | H        |
|----------|--|----------|
| D        |  |          |
| 25533412 |  | 21433552 |
| 00000000 |  | 00000000 |
| 00000000 |  | 00000000 |
| 35533411 |  | 11433553 |



### **[Création, remont, adjonction]**



Professeur MEZIANE EL MEHDI

Docteur MEZIANE MUSTAPHA

Docteur MEZIANE ANAS

Docteur MEZIANE AMINE

Chirurgiens Urologues

أستاذ مزيان المهدى  
دكتور مزيان مصطفى  
دكتور مزيان أناس  
دكتور مزيان أمين

جراحة المسالك البولية والتناسلية

### ORDONNANCE

Mr. HOURRI MOHAMED

Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
Clinique la source - Casablanca  
Tel.: 05 22 20 14 40

PSA

(6 —————)

Dr. MEZIANE ANAS  
Chirurgien Urologue  
CLINIQUE LA SOURCE  
Casablanca  
Tél.: 05 22 20 14 40

جراحة المسالك البولية التناسلية  
**UROLOGIE**

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفتيت الحصى

جراحة العامة والمنظارية

**CHIRURGIE GENERALE**  
**COELIO-CHIRURGIE**

جراحة الأطفال

**CHIRURGIE PEDIATRIQUE**

جراحة النساء

**CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE**

الانعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية

**REANIMATION ET TOUTES**  
**SPECIALITES MEDICALES**

مركز تفتيت الحصى

**CENTRE DE LITHOTRIPSIE**  
**EXTRACORPORELLE**

مركز الفحص بالأشعة

**CENTRE DE RADIOLOGIE**

**SCANNER**

**RADIOLOGIE STANDARD**

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS**  
BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE  
*Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).*  
*Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42*

**Dr Souad EL HAIMER**

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale  
Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Domiciliation Bancaire : Banque populaire -Agence Oued Eddahab

Compte N° : 178 780 21 211 36 24 330 000 346

Identifiant commun de l'entreprise : 001660300000062

**Patente : 57432824**

**INP : 093 000909**

**CNSS : 6418976**

**FACTURE N° : 200300338**

CASABLANCA le 19-03-2020

**Mr HOURRI Mohamed**

**Récapitulatif des analyses**

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i>      | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|---------------------|------------|--------------|
| 9105      | Prélèvement sanguin | E25        | E            |
| 0361      | PSA                 | B300       | B            |

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 427.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent vingt-sept dirhams .

Laboratoire EL FIRDAOUS  
Jamila 7 Rue 14 N°90  
Tél: 0522 57 64 21 - Fax: 0522 55 33 42

# **LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS**

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

*Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).*

**Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42**

## **Dr Souad EL HAIMER**

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

**Date du prélèvement :** 19-03-2020 à 07:44

**Code patient :** 1909130033

**Né(e) le :** 01-07-1951 (68 ans)

**Mr HOURRI Mohamed**

Dossier N° : 2003190016

Prescripteur : Dr MEZIANE ANAS



## **MARQUEURS TUMORAUX**

13-09-2019

PSA total

**0.010** ng/mL

(0.210–6.160)

0.010

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

El Firdaous  
Jamila 7 Rue 14 N°90  
Tél. 0522 57 64 21  
Fax 0522 55 33 42