

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

- Reclamation : 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° W19-416826

ND: 31978

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2713 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OUZZINE AZZEDINE

Date de naissance : 01-08-60

Adresse : 13 Rue Mansour El Abi, Casablanca

Tél. : 0668683837 Total des frais engagés : 2800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : OUZZINE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 Le : 24/06/20

Signature de l'adhérent(e) :

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
04 JUIN 2020		3	5000	<p>INP : 091023192</p> <p>ECMOPLER 6000</p> <p>De Betty Thie 13000</p> <p>INfection 4000</p> <p>Centre d'Urologie Professeur Saad BEN ELLOUN Chirurgien Urologue Ancien Chef du Service d'Urologie 59, Bd. Zerkoun - Résidence les Palmiers Essaouira - Tél. 0322 88 61 45</p>
04 JUIN 2020				
04 JUIN 2020				
04 JUIN 2020				

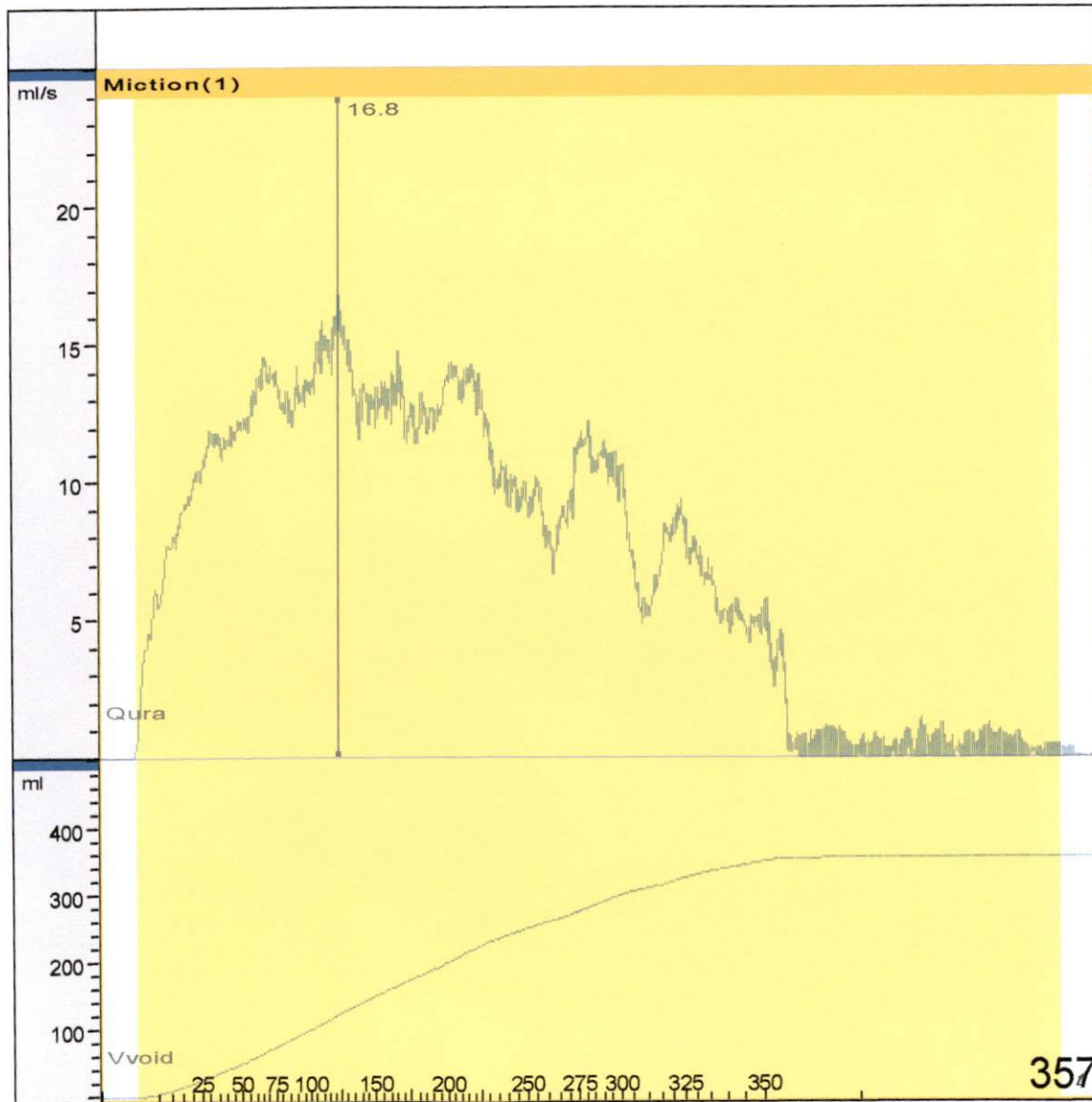
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

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 de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Débitmétrie #1



Miction	(1)
Emplacement du patient	Couché
Débit maximum (ml/s)	16.8
Volume uriné (ml)	357
Durée de la miction (s)	50
Temps du débit (s)	41
Débit moyen (ml/s)	8.8
Temps à débit max (s)	11
Pdet max (cmH ₂ O)	-
Résidu (ml)	-
Volume uriné à débit max(ml)	121

N° Patient:

AZZEDINE OUZZINE

Date de l'examen: 04/06/2020

Rapport urodynamique

CENTRE D'UROLOGIE PROFESSEUR SAAD BENJELLOUN



Nom du Patient AZZEDINE OUZZINE

N° Patient

Date de naissance 01/01/1960

Assistant

Examineur PR SAAD BENJELLOUN

Médecin trait.

Date de l'examen 04/06/2020

Diagnostic : *Prostate métroréduct*

Commentaires : *Intérêt à l'examen*

Signature examinateur _____

SAAD BENJELLOUN
Centre d'Urologie
Professeur SAAD BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerkouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12/13/14

FACTURE N°20060401

Casablanca, le 04.06.2020

Je soussigné, certifie que **MONSIEUR OUZZINE AZZEDINE** payé la somme de :

2600.00 (DEUX MILLE SIX CENT DIRHAMS) ESPECE

<u>Qté</u>	<u>présentation</u>	<u>Tarif unitaire</u>	<u>prix total</u>
1	CONSULTATION	300.00	300.00
1	ECHO-DOPPLER	600.00	600.00
1	DEBETMITRIE	1300.00	1300.00
1	INJECTION	400.00	400.00
		<u>TOTAL</u>	2600.00

N°I.C.E :001638312000001

CACHE
Centre d'urologie
Professeur Saad BENJELLOUN
- Chirurgien Urologue -
Ancien Chef du Service d'Urologie
59, Bd. Zerktouni, Résidence les Fleurs
Casablanca - Tél. : 0522 88 01 12 / 13 / 14

Casablanca le 4 juin 2020

Monsieur OUZINE AZZEDINE

Le rein droit à une taille et une échostructure normale, il n'y a pas de dilatation des cavités excrétrices, l'épaisseur du parenchyme est normale, le contour rénal est régulier

Le rein gauche à des dimensions normales avec une différenciation cortico – médullaire normale, il n'y a pas de dilatation des cavités excrétrices, l'épaisseur du parenchyme est normale, le contour rénal et régulier

La vessie ne présente pas d'anomalies pariétales ou intra –luminales

La prostate est examinée par voie rectale, son aspect est homogène, il y a une bonne différenciation des zones périphériques et transitionnelles, le volume de la prostate est estimé à 44, 2 cc

Les corps caverneux ne présentent pas d'anomalies particulières, après injection intracaverneuse des PGE le flux systolique de l'artère caverneuse est normal

conclusion : hypertrophie de la prostate

