

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 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.

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° W19-539004

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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 :

Le :

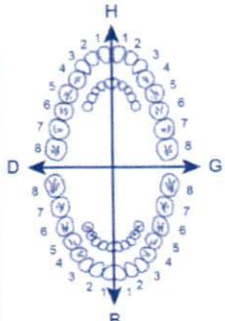
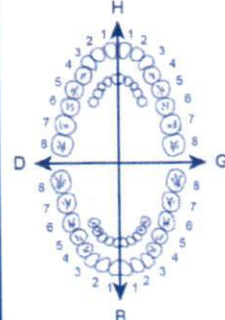
Signature de l'adhérent(e) :

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
01/06/20	Echographie	200 DH	400 DH	INP: 09/1037522 8

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
01/06/20	01/06/20	739,2

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"/>
				
<div>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></div> <div>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></div> <div>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></div> <div>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></div>				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div>[Création, remont, adjonction]</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION		

153,30 153,30

ملغ 160

يرينوا ريبينس
سولة

Nom :

ملغ 160

يرينوا ريبينس
سولة

ملغ 160

يرينوا ريبينس
سولة

URA

UR

LOT: 083
PER: OCT 21
PPV: 76 DH

30 Comprimés buvables

LOT: 086
PER: DEC 2021
PPV: 76 DH 50

D-CURE[®] FORTE

3 ampoules buvables

PPV: 49,60 DH
LOT: 20C02
EXP: 03/2023

M. BOUYAHMOUR Mohamed

49,60
- D-cure 100 000 U.I

30 49,60 1 amp 153,30 3 fois

- Uradox 2 mg

30 153,30 1 cp 1 J 13 fois

- Permixon 160 mg

1 cp x 2 J 11 fois

Al Miraj Center

Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual
3eme étage N° 36 - Casablanca

Tél : 0522 86 04 10 - Gsm : 0661 20 05 01

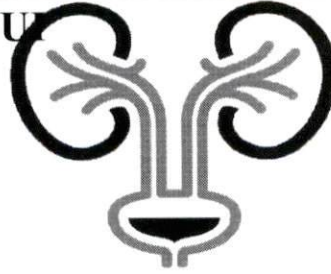
E-mail : alinaitmoussaoui2000@yahoo.fr

مجمع المعراج

ملتقى شارع عبد المومن و شارع أنوال
الحيض

Dr. ALI EL MOUSSAOUI

Pr. à la Faculté de médecine
de Casablanca
Spécialiste en Urologie
Chirurgie endoscopique
Stérilité masculine
Impuissance Sexuel



الدكتور علي المساوي

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء
إختصاصي في جراحة المسالك البولية
المنظار الداخلي - العقم عند الرجال

Compte rendu Echographique

DATE : 01/06/2020

NOM : BOUYAMOURN MOHAMED

Rein droit : est de taille normale, contours réguliers avec bonne différenciation cortico médullaire, sans dilatation des cavités pyelocalicielles.

Rein gauche : est de taille normale, contours réguliers avec bonne différenciation cortico médullaire, sans dilatation des cavités pyelocalicielles, présence d'un petit kyste paropyelique de 2cm sur 2cm banal.

Vessie : à proie fine et contenu trans sonore.

RPM : à 75cc.

Prostate : évaluée à 32cc d'echostructure homogène.

Au total : petit kyste rein gauche, et AP évalué à 32g.

Pr EL moussaoui

Dr. ALI EL MOUSSAOUI
Urologie
301, Immeuble Almiaraj Center
Bd. Abdelmoumen N°36
Casablanca - Tél: 0522 86 04 10

شارع عبد المومن- المعراج مركز- رقم 36- الدار البيضاء الهاتف 05.22.86.04.10
Bd. Abdelmoumen, 49 Almiaraj centre -3eme étage -n°36 Tél 05.22.86.04.10

Dr.ALI EL MOUSSAOUI

Pr. à la Faculté de médecine de Casablanca

Spécialiste en Urologie

Chirurgie endoscopique

Stérilité masculine

Impuissance Sexuelle

الدكتور علي المساوي

أستاذ بكلية الطب بالدار البيضاء
إختصاصي في جراحة المسالك البولية
المنظار الداخلي - العقم عند الرجال

Casablanca le : 01/ 06/2020

Code INPE : 091037572

FACTURE

Mr : BOUYAMOURN MOHAMED

Consultation : C3 : 300DH

Echographie : 400DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cent dirhams

Signature

Dr. ALI EL MOUSSAOUI
Urologue
301, Almiaraj Center
Ed. Abdelmoumen N°36
Casablanca - Tel : 0522 86 04 10

Almiaraj Center, angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual. 3^{ème} étage N° 36. Casablanca
Tel: 0522 860410 GSM: 06 61200501 Email: alinaitmoussaoui2000@yahoo.fr