

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 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 Aïol Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



N° W19-506945

NO: 41568 5224

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5224 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité
 Nom & Prénom : EL OUAJIM ABDOUL
 Date de naissance : 23/10/53
 Adresse : Résidence Nedip BO Rue BACHIR
 Casley
 Tél. : 0662067722 Total des frais engagés : 700.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 24/09/2020
 Nom et prénom du malade : EL OUAJIM ABDOUL Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : neurologie
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, le malade doit informer le médecin conseil de la Mutuelle.

52, Rue Fehs Houcine (ex Gallie) Dr. Gauthier
 Case Blanca
 Tél : 0522 26 70 98 / 26 72 24
 Docteur Jafar ZEMRANI
 CHIRURGIEN UROLOGUE

MUPRAS
 25 SEP 2020
 ACCUEIL

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
24/09/2020	C2	✓	3000	
24/09/2020	Auto cadavre	✓	4000	

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

					DES TRAVAUX																
					MONTANTS DES SOINS																
					DEBUT D'EXECUTION																
					FN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		<table border="1"> <tr><td>H</td><td>H</td></tr> <tr><td>25532412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>55533411</td><td>11433552</td></tr> <tr><td>B</td><td>B</td></tr> </table>		H	H	25532412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	55533411	11433552	B	B			
H	H																				
25532412	21433552																				
00000000	00000000																				
D	G																				
00000000	00000000																				
55533411	11433552																				
B	B																				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
					MONTANTS DES SOINS																
					DATE DU DEVIS																
					DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية تنسي (فرنسا)
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال . زرع الكلية . طهارة الأطفال

Casablanca, le 24/09/2020

INPE
091141309

ATTESTATION DE PERCEPTION D'HONORAIRES

Je soussigne Dr **JAFAR ZEMRAG** certifie avoir examiné ce jour
MR **ELOFER Omar Abdou R** et avoir perçu comme honoraire
pour sa consultation plus echographie la somme de sept cents dhs
(700 DHS).

Délivré à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce
que de droit.

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGE EN UROLOGUE
32, R. e Taha Houcine (Ex Gallilée)
Ct. Gauguier - Casablanca
Tél: 0522 26 70 98 / 26 72 24

nom : ELOFIR

Opérateur : Dr.J.ZEMRAG

prénom : OMAR

date de naissance : 01/01/1953

date d'examen : 24/09/2020

TYPE:

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

INDICATION : Prostatisme

HAUT APPAREIL URINAIRE :

Rein droit

Rein gauche

Dimension :	8.44/4.01	10.35/5.39
Différenciation corticomédullaire :	Bonne	Bonne
Syndrome tumoral :	Non	Non
Dilatation pyélocalicielle :	Non	Non
Lithiase :	Non	Non

VESSIE :

Epaisseur : Normale
Diverticule : Non
TV : Non
Résidu : Non
Calcul : Non

ECHOGRAPHIE PROSTATE

Taille : Normale
Echostucture : Homogene

CONCLUSION :

Reins normaux
Vessie normale
Prostate de taille normale et homogène

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
52, Rue Taha Houcne (Ex Galilée) Qt. Gauthier
Casablanca
Tél.: 0522 26 70 98/26 72 24

