

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Matricule : 428 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BARAA Djalal

Date de naissance : 15/11/44

Adresse : Hay Fouad Rue 12 N° 6 Casablanca

Tél. 06 25 55 66 Total des frais engagés : 1070,76 DHS

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 DEC 2021

Nom et prénom du malade : BARAA Mohamed Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Proctite Recto

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 : 15/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
13 DEC. 2020	Coop Hyp Av		3000,- 1000,-	 Dr. AMINE Chirurgien Urologue 100 Résidence du Palais, Angle Rd. P.M., E - 3ème Etage T: 022 33

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Formulateur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL QUASIMDOUSSA HALAK Haj Nassir Pharmacien en Pharmacie Oued Sebou - El Oued Tel : 05 22 90 53 55 Fax : 05 22 90 53 56 ASABLANCA 01541468000057	03/12/2020	450,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

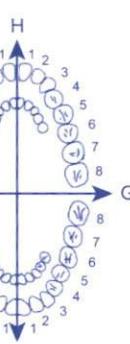
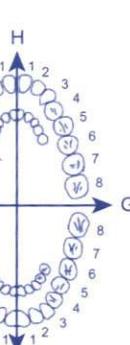
Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	N V	I V	
<i>Signé le 10/03/2003</i>	<i>08/03/2003</i>	<i>(1)</i>	<i>(1)</i>	<i>(03)</i>		<i>69,75</i>

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX															
				MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION															
				FIN D'EXECUTION															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	B	00000000	H	35533411	G	11433553			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	G	21433552																
D	00000000	B	00000000																
B	00000000	H	35533411																
G	11433553																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

جراح اختصاصي في أمراض الكلى
والمسالك البولية و التناسلية
خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)
طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس
الكشف بالصدى
الفحص والجراحة بالآلات البصرية للدم
تفتيت حصى الكلى

LOT:200092
PER:03/09/2025
PPV:102,00 DH

33660887

IPROST LP 10 mg
30 comprimés à libération prolongée
PPV : 147.50 DH
Remboursable AMO
6 118001 071548

LOT 410 EXP 05/23
PPV 112DH00

دار البيضاء، في : 23/23

PHARMACIE AL OUARD
S. CHALAK Haj Nassar
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Oulejia
Tél / Fax : 05 22 90 53 45
CASABLANCA
RCF : 001541498000057

①

Sepan 500mg

16p x 2 1/2 polt 14

②

112.00

Gantamer 500mg

2 comprimés 500 mg 1/2 en
polystyrène

SV

③

167.50

Iprat 100mg

16p/10 la boîte 1

SV

④

89.00

Celebrex 200mg

16p/10 la boîte 1
SV

⑤

102.00

Opipl 160mg

16p/10 la boîte 1
SV

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

جراح اختصاصي في أمراض الكلى
و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) ا
طبيب داخلي سابقًا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالأليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le 03 DEC. 2020 الدار البيضاء، في

**COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO-
PROSTATIQUE SUS PUBLIENNE**

NOM : Mr BABA

PRENOM : Mohamed

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Syndrome fébrile avec SBAU évoquant une infection urinaire masculine.

Absence d'épanchement intra-péritonéal et adénopathie abdominale.

Le rein droit est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale. Il existe un kyste cortical de 40 mm de diamètre type I de Bosniak.

Le rein gauche est en situation lombaire, de taille et de morphologie normale avec une bonne différenciation cortico-médullaire ; il n'y a pas d'image de lithiase, ni hypotonie des calices, ni dilatation des cavités excrétrices. Il n'a pas été vu de masse focale.

La rate est de situation, de taille et d'échostructure normales.

La vessie est en semi réplétion, à contenu anéchogène à paroi épaisse et régulière. Pas de prolifération endoluminale ou pariétale, ni de lithiase visible. Après miction, on note un résidu post-mictionnel significatif de 50 ml environ.

L'exploration de la prostate par voie sus pubienne montre un lobe médian saillant. Par ailleurs, prostate augmentée de taille et d'échostructure hétérogène, pesant environ 180 g.
Absence d'épanchement pelvien.

CONCLUSION: Echographie rénale et vésico-prostatique révélant à ce jour, une HBP importante avec lobe médian saillant sans retentissement sur le haut appareil urinaire. RPM significatif de 50 cc environ. Kyste simple du rein droit.

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. "E" - 3ème Etage
Tél : 052 23 10 50 - Fax : 052 23 10 51

Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle

الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلى
و المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا) ا

طبيب داخلي سابقاً بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص و الجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, Le 03-DEC-2020 الدار البيضاء، في

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur,

Prie

Mr /Mme /Mlle

BABA Mohamed

D'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

Pour Une consultation = 300.00dhs

Echographie rénale et vésicale = 400.00dhs

S'élevant à la somme de 700.00dhs

SEPT CENT DIRHAMS

Signature et cachet du médecin

CABINET D'UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

01:41:47

C36

DIST mm

+ 39

MR BABA MOHAMED

REIN DT

G63 CD54 P150

1:P&S 2:VLM 3:RC 4:VIT 5:A/B 6:TPS

0:SUI

CABINET D'UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

01:41:12

C36

DIST mm

+ 70

田 66

* 75

PROSTATE

D1 70

D2 66

D3 75

Vml 181

MR BABA MOHAMED

G61 CD54 P150

1:P&S 2:VLM 3:RC 4:VIT 5:A/B 6:TPS

G61 CD54 P150

0:SUI

CABINET D'UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

01:40:33

C36

VESIE

MR BABA MOHAMED

G50 CD54 P150

CABINET D'UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

01:46:41

C36

DIST mm

+

47

田

41

*

49

RPM

D1 47

D2 41

D3 49

Vml 49.4

MR BABA MOHAMED

G67 CD54 P150

G67 CD54 P150

CABINET D'UROLOGIE DR BOUAB

00/00/00 GE +

01:42:40

C36

REIN G

MR BABA MOHAMED

G67 CD54 P150