

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° W19-594206

N° 52191

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530 Société : L A M
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
 Nom & Prénom : MANANE HASSAN
 Date de naissance : 32, Rue de Bryeres Casablanca
 Adresse : 157 mai 1951
 Tél. : 0661464641 Total des frais engagés : 530 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 : Casablanca Le : 16/12/2020

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
28/11/2025			Grat	INP : 28/11/2025

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

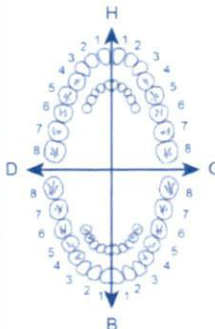
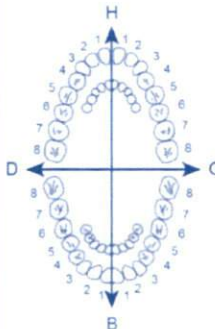
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr SAADALLAH Khalid

Chirurgien Urologue

Coeliochirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancerologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitement de la prostate par laser green light

Traitement des calculs urinaires au laser holmium

Enuresie chez l'enfant

Circoncision

Sterilité masculine - AMP

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

Casablanca, le :

☒ **NFS - Plaquettes**

☒ **Unée - Créatinine**

☐ **Glycémie à jeûn**

☐ **HbA1c**

☐ **TP - TCK**

☐ **Groupe sanguin ABO/Rhesus**

☐ **Cholesterol Total + HDL - LDL**

☐ **Triglycerides**

☐ **Transaminases SGOT/SGPT**

☒ **Acide Urique**

☐ **Ionogramme Sanguin**

☐ **Feritine**

☐ **Vit D**

☐ **TSH - T3 - T4**

☐ **CRP**

☐ **VS**

☐ **Serologie Hepatite C / B**

☐ **Micro Albuminurie**

☐ **UBC**

☒ **PSA total** ☐ **PSA libre**

☐ **Rapport**

☐ **Testosterone totale**

☐ **Testosterone biodisponible**

☐ **Testosterone libre**

☐ **FSH** ☐ **LH**

☐ **ECBU - ATB eventuel**

☐ **P. Urethral + ATB eventuel**

☒ **Spermogramme**

☒ **Spermoculture**

☐ **Spermocytogramme**

☐ **Prélèvement Vaginal**

☐ **Troponine**

الدكتور سعد الله خالد

جراحة الكلي

و المسالك البولية و التناسلية

عضو الجمعية الاوربية و الفرنسية لجراحة الكلي

فحص و جراحة الكلي و المسالك البولية بالمنظار

عند الكبار و الأطفال

تفتيت حصي الكلي و المسالك البولية

بأشعة اليوم ليزر

جراحة البروستات بأشعة غرين لايت

علاج العقم و العجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول الإرادي عند الأطفال

جراحة الفتق عند الكبار و الأطفال

452, زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال عمارة عبد المومن سانتر فوق مقهى سيزان الطابق الأول رقم 101 - الدار البيضاء,

452 Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual - Res. Abdelmoumen centre au dessus du café seazen,

1^{er} étage N° 101 - Casablanca Tél : 05 22 86 33 99 - 05 22 86 59 91 - Urgence : 06 62 33 64 36 - 06 61 80 87 64



مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand

FACTURE N° : 2011282016

Casablanca le 28-11-2020

Mr Hassan MANANE

Date de l'examen : 28-11-2020

INPE :



Caisse : **MUPRAS**

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0361	PSA	B300	B

TOTAL DOSSIER : 530 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent trente dirhams

