

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

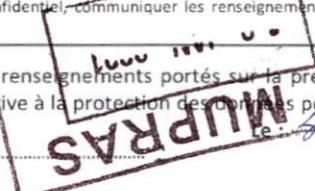
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-440825

56003

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1085	Société : RAN Retraite		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BENSOUDA OMAR			
Date de naissance : 21/12/1965			
Adresse : 26 Rue Nasefha El Moufakkir Casablanca			
Tél. : 0649672720	Total des frais engagés : 10000	Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Bensouda Omar Age: 55			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Hypertension artérielle			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT			
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 21/12/2020
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
31 12 2023	CH Échographie urinaire		for, 00	INP : 1091166678 F. Verso : 12/2023 Marché aux Fleurs V

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

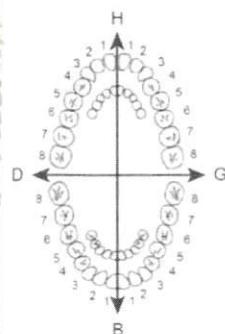
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

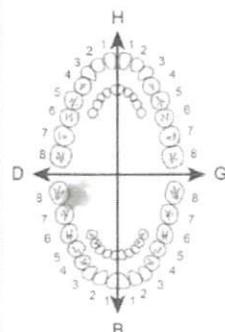


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur BENSOUDA Karim

Chirurgien urologueAncien attaché au CHU Ibn Sina
de rabat**الدكتور بنسودة كريم**

اختصاصي في جراحة المسالك البولية

ملحق سابق الجامعي بالمستشفى ابن سينا
بالرباط

Casablanca le الدار البيضاء في.....

NOTE D'HONORAIRE

Nom:

Bensouda Karim.

Actes:

consultation :

300.00^{dr}Echographie : 400.00^{dr}

Minuterie

Total : 700.00^{dr}

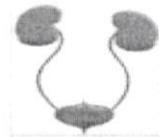
Sept - cents Dirhams.

ICE: 00.165.086.00000.26.

Dr. Bensouda Karim
Chirurgien Urologue
52, Bd. Zerktouni
en face Marché aux Fleurs
Casablanca
Tél: 0522.22.61.75

**CABINET DE CHIRURGIE
UROLOGIQUE**

عيادة جراحة المسالك البولية



Docteur BENSOUDA Karim

الدكتور بنسودة كريم

Chirurgien urologue

Ancien attaché au CHU Ibn Sina
de Rabat

اختصاصي في جراحة المسالك البولية
ملحق سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا
بالرباط

Casablanca, le 31/12/2020 الدار البيضاء في

Compte rendu d'échographie urinaire

Nom: Mr Bensouda Omar

Diagnostic: pollakiurie / dysurie.

Rein droit : bonne différenciation corticomédullaire, contour régulier, Taille normale. Absence de lithiase ; absence de kyste, absence d'une dilatation pyelocalicielle.

Rein gauche : bonne différenciation corticomédullaire, contour régulier, Taille normale. Absence de lithiase ; absence de kyste, absence d'une dilatation pyelocalicielle.

Vessie transsonore sans image de lithiase ou de masse, absence de diverticule, absence de RPM.

Prostate calcifié de façon diffuse, de 45cc de volume, avec ébauche de lobe médian,

Conclusion :

- *hypertrophie prostatique sans retentissement sur le haut appareil ;*

Compte-rendu échographique

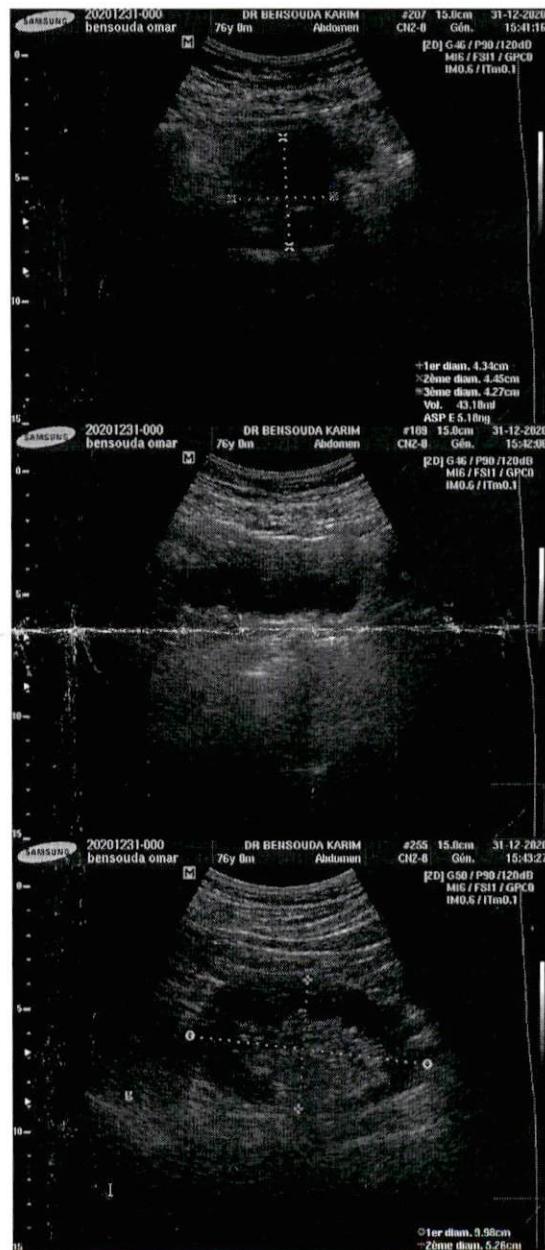
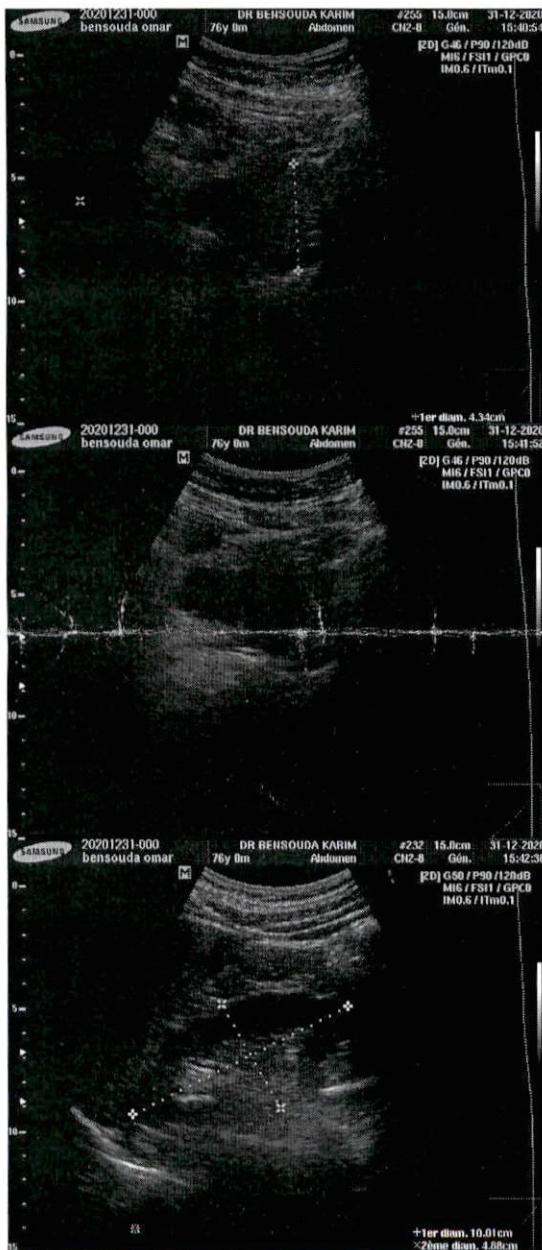
Page 1

Patient

ID: 20201231-000
Nom: bensouda omar
Date de naissance:
Sexe: M

Examen

N° d'accès
Date: 31/12/2020
Description:
Echographiste:



Dr. Bensoouda Karim
Chirurgie générale et oncologique
52, Bd. Zekriatine
en face Marché aux Fleurs
Tél.: 05-2-21-01-73