

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

N° M21- 067324

141750

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6074 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN SARI ABDELHAKIM

Date de naissance :

29/03/50

Adresse :

Hay Nassim Rue 7 n° 6 Bt Bontaleb

Tél. : 212 66 36 36 465

Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEN SARI ABDELHAKIM Age :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
01/12/2011	CS		300,00	<p>Docteur HADDANI SALAH Médecin Anesthésiste Réanimateur INPE: 091070466</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

ODF PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[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

Professeur Adil OUZZANE

Chirurgien Urologue - Andrologue

Ex. Enseignant chercheur à la faculté de médecine de Lille (France)

Ancien Chef de Clinique et Praticien Hospitalier au CHU de Lille

Membre des Associations Française et Européenne d'Urologie



بروفيسور عادل وزان

أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية

أستاذ باحث سابق في كلية الطب
بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية
بالمستشفى الجامعي بليل

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية والأوروبية
لجراحة المسالك البولية

Casablanca le : 30/09/2022

Cher Confrère,

Je te confie **Mr BEN SARI ABDELHAKIM** en vue d'une consultation de pré-anesthésie.

ATCD principal : aucun.

L'acte prévu est une cure d'hernie inguinale gauche.

Voie d'abord : chirurgie ouverte.

Merci pour ta collaboration.

Amicalement.

Dr. OUZZANE ADIL

Dr. Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca

22, Bd Yacoub El Mansour (5^{ème} étage) Bureau N°42, Maarif, Casablanca

22, شارع يعقوب المنصور - الطابق 5 ، المكتب 42 - المعريف الدار البيضاء

Tél : 05 22 23 84 73 - WhatsApp : 07 00 91 35 95

E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 08-12-2022

Facture N° 34020/22

A. Identification

N° Dossier : COC22L08121742

N° Identifiant : 033723

Nom & Prénom : M. BEN SARI ABDELHAKIM

C.I.N : A102079

Adresse : adresse

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-12-2022

Date Sortie : 08-12-2022

Médecin traitant : DR . HADDANI SALAH

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. HADDANI SALAH (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
300,00						

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Centre International d'Oncologie de Casablanca
Route de l'Oasis rue des Alouettes
Casablanca
Tél : 0522 778 181