

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° W21-771764

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0967 Société : Nam
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SALHI Fayal
 Date de naissance : 01/02/21
 Adresse : 70 rue AHMED KADMI
 Tél. : 0661311349 Total des frais engagés : 500+500+100

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur BENNANI Saâd
 Chirurgien Urologue
 42, Bd. Abdelmoumen - Casa
 Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73

Date de consultation : 04 MAI 2023

Nom et prénom du malade : SALHI Fayal Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : prostatique

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 : 04/05/23

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

INP: 0111157111

Professeur BENNANI Saad
Chirurgien Urologue

42, Bd. Abdelmoumen - Casa

NCE: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE MASJID C.I.L. Dr. Sonia Aboumerouane 22, Lotissement du Stade May Essalam, C.I.L - Casablanca Tel : 0522 39 88 73 | 04/05/2023 | 428,00 |

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Sonia Aboumerouane
22, Leffament du Stad
May Essalam, C.I.L - Cas
Tel : 0522 39 88 73

[illegible]

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | |
|  | 04 |

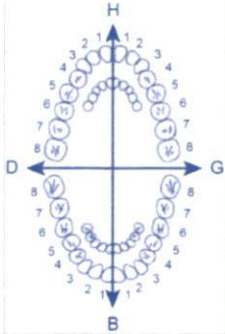
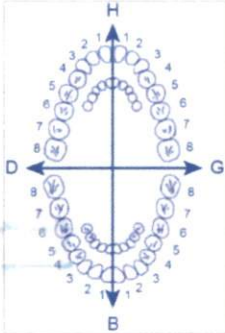
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP:

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur BENNANI Saâd

Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد

أستاذ جامعي

جراحة المسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية
لجراحة المسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le : 04 MAI 2023

Mr SALHI Fayçal

121,40

① UMAX 0,4 mg LP



12

1 gel / le soir x 1

306,60

② PERNIXON 160 mg



153,30 x 2

153,30

2 gel / en 1 seule ps

pendant 1 mois

428,00

PHARMACIE MASJID C.I.L.
Dr. Sonig Aboumerouane
4-22, L'enselement du Stade
Hay Essalam, C.I.L. - Casa
Tél : 05 22 39 88 73

Professeur Dr.
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelmoumen - Casa
Tél: 05 22 23 10 23 / 05 22 23 10 73

42، شارع عبد المومن - الطابق الخامس - الدار البيضاء
42, Boulevard Abdelmoumen Résidence Walili 5ème étage - Casablanca
Tél.: 05 22 23 10 23 - Fax : 05 22 23 10 73 - GSM : 06 61 16 65 16

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد
أستاذ جامعي

جراحة المسالك البولية والتناسلية
عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية
لجراحة المسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le : 04/05/2023

COMPTE RENDU DE Mr SALHI FAYCAL
ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICO PROSTATIQUE

Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers et d'échostructure homogène, présentant une bonne différenciation cortico-médullaire.
Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.

Au niveau pelvien, la vessie est à paroi hypertrophiée, à plage homogène.

La prostate est augmentée de taille (67,5cc), ses contours sont réguliers et son échostructure est homogène.
Résidu post-mictionnel assez important (23cc).

AU TÔTAL

Vessie de lutte, avec résidu post-mictionnel assez important, sur hypertrophie prostatique homogène.

Pr. BENNANI

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelhak Mouzina
Tél: 0522 23 10 24 / 0522 23 10 73

Professeur BENNANI Saâd

Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد

أستاذ جامعي

جراحة المسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية

لجراحة المسالك البولية والتناسلية

04/05/2023

Casablanca, le :

FACTURE N°1078/05/2023

NOM ET PRENOM

:

SALHI FAYCAL

- Consultation

:

300DH

- Echographie Rénale

:

500DH

Et vésico prostatique

MONTANT GLOBAL

:

800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit cent dirhams

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelmoumen - Casa
Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73

42, شارع عبد المومن - إقامة وليلي - الطابق الخامس - الدار البيضاء

42, Boulevard Abdelmoumen - Résidence Walili - 5^{ème} étage - Casablanca

Tél.: 05 22 23 10 23 - Fax : 05 22 23 10 73 - GSM : 06 61 16 65 16

Professeur BENNANI Saâd

Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد

أستاذ جامعي

جراحة المسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية
لجراحة المسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le : 04 MAI 2023

M. SALHI Fayçal

Faire :

Echographie rénale
et vesico - prostatique

(prostatisme)

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelmoumen
Tél.: 05 22 23 10 23 / 05 22 23 10 73

