

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

- 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.

M22- 0059625

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0004497 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : RAM
 Nom & Prénom : BENNANI TARIK
 Date de naissance : 13 - 01 - 1961
 Adresse : 10 LOT BEVERLY, CALIFORNIE 20150
CASABLANCA
 Tél. : 0661198070 Total des frais engagés : 152,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/10/2023

Nom et prénom du malade : Bennani Tarik Age : 62ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Problème d'urologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : R

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

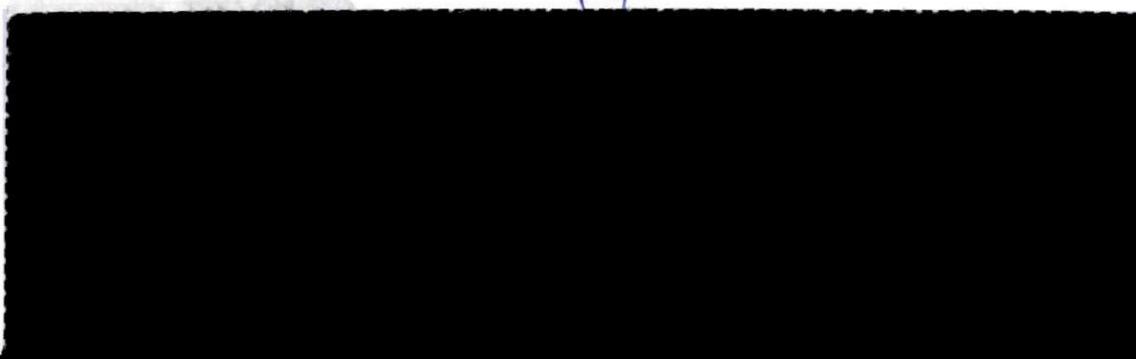
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 31/10/2023

Signature : "adhérent(e)" : Tarik



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Cœfficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|----------------------|---------------------------------|---|
| 31/1/2023 | C.S. | 23 | G | <i>Docteur Alaa TOUZANI Chirurgien Urologue et Andrologue Centre Yacoub El Mansour, Bât 42 - Casablanca INFE: 101 205 045</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE RAJAA Docteur en Pharmacie N° 05 22 31 100</i> | 31/1/2023 | 152,12 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

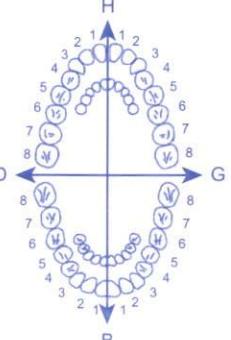
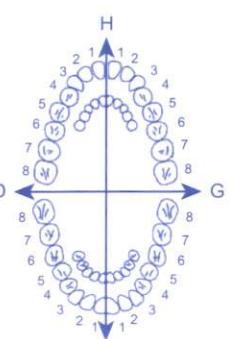
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Cœfficient | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|----------------------|
|  | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Alae TOUZANI

Chirurgien Urologue - Andrologue



Diplômé des Universités de Paris, Rabat et Montpellier
Ex-Chirurgien au CHU Ibn Sina et aux Hôpitaux de France
Fellowship en Chirurgie Mini-Invasive (MIS) - Toulouse
Membre de l'Association Européenne d'Urologie

الدكتور علاء التوزاني
أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية

خريج جامعات الرباط و باريس و مونبلييه (فرنسا)
جراح سابق في مستشفى ابن سينا و مستشفيات فرنسا
تخصص في الجراحة طفيفة التوغل - تولوز (فرنسا)
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

Casablanca le : 31/10/2023

MR BENNANI TARIK

50,70 x 3 =

- Cardensiel 2,5 mg
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

T = 152,10

5



Docteur Alae TOUZANI
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd Yacoub El Mansour, Bur 42 - Casablanca
INPE : 101 205 045

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

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

Tél : 05 22 23 84 73 - WhatsApp : 07 00 91 35 95 - 06 62 37 44 61

E-mail : urocasa@gmail.com - Site Web : www.urologiecasablanca.ma