

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>RAN</u>			
Société : <u>200055</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ASSABBANE SALAH</u>			
Date de naissance : <u>82 10 1972</u>			
Adresse : <u>COT EL MOUTAOUAKIL NR 299 DAR BUHALA NOUACEUR</u>			
Tél. : <u>0668 23 156</u>	Total des frais engagés :		
Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : <u>18 MARS 2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>ASSABBANE</u>			
Age : <u>32 ans</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Enfants Tchala</u>			
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) : Assabbane

Le : 22 MAR 2024

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
18 MARS 2024		5	250,-	INP : INPE 091018515 Dr. Abdellah BELGAZI SPL. CHFT Fécondation - Naissance - Recommandations

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien, ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie REGIONALE TAIZI Autone 80, Bd. de la Liberté Casablanca 10522 31 33 04 2050244	18/03/2021	99,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
OGIE MAART M. BENYAHIA Dr Med. Bahi 22.15.74.82	19/03/1982	HOGIE MAART M. BENYAHIA Dr Med. Bahi 22.15.74.82	5000000

AUXIIJAIBES MEDICAUX

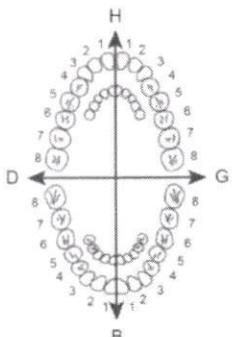
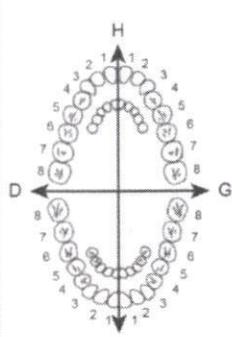
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>
				<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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 I.F 1087675

Casablanca, le 19/03/2024

FACTURE

Nom & Prénom : **ASSABBANE YOUSSEF**

Date d'examen : 19/03/2024

Examen(s)

ECHOGRAPHIE SCROTALE

Montant TOTAL	500 DH
---------------	--------

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENTS DH

RADIOLOGIE MAARIF
BERRADA M. BENYAHIA Z.
17, Rue Mohamed Baki
Tél : 0522.23.74.82
Fax : 0522.23.77.05

الدكتور عبد الله بالثامن
طبيب للأطفال
اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

الدار البيضاء، في

18.03.2024



99,50

OTOLAYA S.V.

A appliquer 2 à 3 fois par semaine

Enfant ASSABBANE Youssouf

Age : 13 ans 6 mois

Poids : 45,00 Kg

Dr Abdellah BELGAS

Dr. Abdellah BELGAS
SPECIALISTE
Enfant - Nourrisson - Adolescent
11, Rue Abu Hassan Al-Kadri - Casablanca
Tél. : 05 22 86 32 62 - 05 22 86 32 72

Pharmacie REGIONALE
TAZI Adnane
80, Bd. de la Liberté
Casablanca
Tél. : 05 22 31 33 94

INP 092050244

إقامة كنزي - 11، زنقة لافوارني - الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 32 72 - الفاكس : 05 22 86 32 62
Résidence Kenzi - 11, Rue Lavoisier - 1er Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 86 32 62 - Fax : 05 22 86 32 72
E-mail : drbelgaspediatre@hotmail.fr - البريد الإلكتروني : Urgences : 06 61 42 45 88 - المستعجلات :

Docteur Abdellah BELGAS

Pédiatre

*Spécialiste des Maladies de l'Enfant,
Nourrisson et Nouveau-Né*



الدكتور عبد الله بالڭام

طبيب الأطفال

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

Casablanca, le

الدار البيضاء، في

18 Mars 2024

Demande pour le Enfant ASSABBANE Youssouf

Veuillez faire SVP :

**Echographie inguino-scratole
ectopie de testicule gauche**

PÉDIATRE MAARIF
17, Rue Lavoisier Z.
Tél : 0522.25.74.82
Fax : 0522.23.77.05

Dr. Abdellah BELGAS
SPECIALISTE
Enfant Nourrisson et Nouveau-Né
11, Rue Kenzi - 1er Etage - Casablanca
Tél. : 0522.86.32.72



Dr.BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie
Dr.BERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

عيادة طبية للفحص بالأشعة
CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF
IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

DUPLICATA

R/S

Casablanca le 19/03/2024

Mr. ASSABBANE YOUSSEF
DR BELGAS ABDELLAH

ECHOGRAPHIE INGUINO- SCROTALE:

- Le testicule droit est en place, de taille normale, mesurant 24 x 22 x 10 mm de contours réguliers, d'échostructure homogène, normovascularisé au doppler couleur
- Le testicule gauche est ectopique, objectivé au niveau inguinal bas, mesurant 18 x 16 x 9mm d'échostructure homogène, vascularisé au doppler couleur.
- Les têtes épididymaires sont d'aspect morphologique normal.
- Absence d'hydrocèle.

AU TOTAL:

- **TESTICULE GAUCHE ECTOPIQUE EN POSITION INGUINALE BASSE.**

Avec mes amicales salutations

DR BENYAHIA Z.
RADILOGIE MAARIF
Tél : 05 22 25 74 82
Fax : 05 22 23 77 05
Centre IRM du Maârif IRM
Tél : 05 22 23 23 12 - 05 22 99 30 31 - 05 22 25 38 73 irm-maarif@hotmail.fr I.C.E : 001744959000074
Patente : 34770967 I.F. : 1087675

■ RADILOGIE NUMERIQUE
■ MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE
■ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE

■ DENSITOMETRIE BIPHOTONIQUE
■ PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE

■ SCANNER VCT (64 Barettes)
Angioscanner - Coroscaner
coloscanner - Denta-Scanner

■ I.R.M. (1,5 Tesla)
■ SCANNER CORPS ENTIER