

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

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° P19- 0042001

ND: 17361

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0497 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : Bennis Ibrahim

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/01/2020

Nom et prénom du malade : Bennis Ibrahim Age :

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

Nature de la maladie : Pathologie

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

RELEVÉ 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
17-01-2020	US Echographie		300,00 500,00	

Docteur S. Zerkoulou
72, Bd Zerkoulou
Casablanca
Tel: 05 22 29 32 44
CE: 00162476000074
CHIRURGIEN

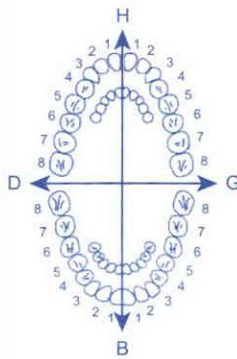
EXECUTION DES ORDONNANCES		LOGUE
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	44490 17.1.20	444,90

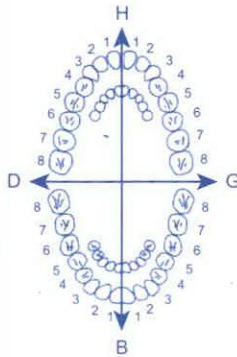
Montant de la Facture

[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]Montant détaillé
des Honoraires

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 canaux, ainsi que le bilan de l'					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				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				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
				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	

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'occlusion.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div><div>G</div></div>			Coefficient DES TRAVAUX
	<div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Docteur Saâd BENNIS

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopique

des reins et des voies génito - urinaires

Lithotriptie extracorporelle - Echographie

Impuissance - Circoncision

الدكتور سعد بنيس

طبيب مساعد سابقا بمستشفى تولوز بفرنسا

إختصاصي في جراحة الكلي

والمسالك البولية والتناسلية

تفتيت الحصى بدون جراحة

عقم عند الرجل - الختان

الفحص بالصدى

Casablanca, Le

الدار البيضاء في

17.01.2020



Bennis Bouch

87,40

Aloxia 15 uf



1 ch par f



ofkes

62,50 x 3

un/pa

1 ch x 2 par f

1 ch x 3/4

Docteur Saâd BENNIS
Chirurgien Urologue
72, Boulevard Zerkouni - Casa
Tél. 022 29 32 44



444,90

72, شارع الزرقطوني الدار البيضاء. الهاتف : 05 22 29 32 44 - الفاكس : 05 22 29 32 46

72, Boulevard Zerkouni - Casablanca - Tél : 05 22 29 32 44 - Fax : 05 22 29 32 46

LOT 192073
EXP 09 2022
PPV 62.50

62,50

LOT 192143
EXP 09 2022
PPV 62.50

62,50

LOT 192143
EXP 09 2022
PPV 62.50

LOT 191475 1
EXP 06 21
PPV 170.00 DH

☐ ☐ ☐ ☐ ☒
E MATIN MIDI SOIR ANANT APRES
☀ ☀ ☀ ☀ ☀

*Docteur Saâd BENNIS
Chirurgien Urologue
Chirurgie et exploration endoscopique
Des reins et des voies génito-urinaires
Lithotripte extracorporelle-Echographie
Impuissance – Circoncision.*

*Nom : BENNIS
Prénom : BRAHIM*

Echographie Rénale & Vésicale

Vessie : *paroi non épaissie, contenu transonore*
Absence de résidu post mictionnel

Prostate : *15g*

Rein Droit : *Taille normale, contours réguliers*
Bonne différenciation corticomédullaire
Sans dilatation des cavités pyélo-calicielles

Rein Gauche : *Taille normale, contours réguliers*
Bonne différenciation cortico-médullaire
Sans dilatation des cavités pyelocalicielles

72, Bd.Zerktouni Casablanca Tél : 022-29-32-44 / 022-29-32-46





Dr. SAAD BENNIS



17/01/2020 17:37:11

ULTRASOUND 20011/1/1/15-UGO

SCA

Abdomen-A

01 10.0 017.2 003
140 85.1 00/0
02 10.0 017.2 003
140 85.1 00/0



CONTRAST 0 BRIGHT 164 GAMMA 1 SHARPNESS 4



Dr. SAAD BENNIS

17/01/2020 17:36:40

ULTRASOUND 20011/1/1/15-UGO

SCA

Abdomen-A

01 10.0 017.2 003
140 85.1 00/0
02 10.0 017.2 003
140 85.1 00/0



CONTRAST 0 BRIGHT 164 GAMMA 1 SHARPNESS 4