

# 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.

## Biologie 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.

## Prothèse 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° M20- 0008268

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3253 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : BOUDOUCHE HASSAN  
Date de naissance : 10-04-1955  
Adresse : 85 Lot Epinal Apt 4 Maarif -  
Extension CASABLANCA  
Tél. : 0624030343 Total des frais engagés : 1098,90 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/09/2021  
Nom et prénom du malade : Boudouche Hassan Age :  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : Prostate  
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) : .....

Autorisation DP N° : A-A-215 / 2019

**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
16.09.2021	Ediologie		300,-	
04-10-2021			450,-	
			60,-	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Praticien	Date	Montant de la Facture
	16.09.21	193,10
	10/12/21	155,80

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

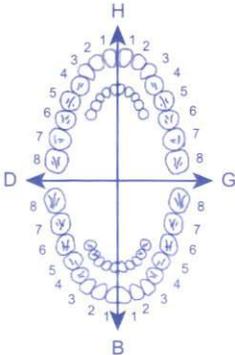
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

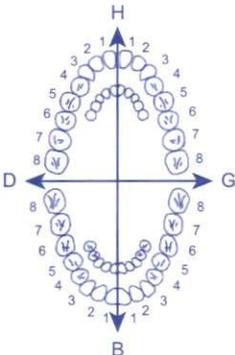
**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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'

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															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	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

# Docteur Saâd BENNIS

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopique  
des reins et des voies génito-urinaires

Lithotription extracorporelle - Echographie

Impuissance - Circoncision

# الدكتور سعد بنيس

طبيب مساعد سابقا بمستشفى تولوز بفرنسا

إختصاصي في جراحة الكلي

و المسالك البولية والتناسلية

تفتيت الحصى بدون جراحة

عقم عند الرجل - الختانة

الفحص بالصدى

Casablanca, Le 04.10.2021 في الدار البيضاء.

Boudouch Haman

1 gde C x 3 per

1 gde C x 3 per 20g

30,80

LOT : 8096  
UT. AV : 03-26  
P.P.V : 30 DH 80

Tai medat

62,50 x 2  
utis pas

085551

Casablanca - Rue Sorens Moutif 0522 25 22 09  
Pharmacie BARTAL FATIMA

Docteur Saâd BENNIS  
Chirurgien Urologue  
72, Boulevard Zerkouti - Casa  
Tél : 05 22 29 32 44 / 46

LOT 2 1 1 2 4 0  
EXP 0 5 2 0 2 4  
PPV 6 2 . 5 0

LOT 2 1 1 2 4 2  
EXP 0 5 2 0 2 4  
PPV 6 2 . 5 0

72, شارع الزرقطوني فوق مقهى Hermès قرب تويوتا - الطابق الثاني - الدار البيضاء - الهاتف: 22 29 32 44

Café Hermès - (A côté TOYOTA) - 2<sup>ème</sup> étage Casablanca - Tél.: 05 22 29 32 44 - Fax: 05 22 29 32 46

saadurro@gmail.com

# Docteur Saâd BENNIS

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopique  
des reins et des voies génito-urinaires

Lithotripte 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 - الإختانة

الفحص بالصدى

Casablanca, Le 16.09.2021 الدار البيضاء، في

Boudouch Harba

(1931-XA)

Coulyls



Prostace

ou Norme

le by pel ou  
unli el by  
pel or au

Madame BARTAL FATIMA  
Pharmacie ANHAR  
Rue Solène Maat  
Casablanca - Tél.: 0522 25 22 09



*Docteur Sâad BENNIS*  
*diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse*  
*Chirurgien Urologue*  
*Chirurgie et exploration endoscopique*  
*Des reins et des voies génito-urinaires*  
*Lithotripte extracorporelle –Echographie*  
*Impuissance - Circoncision.*

*Patente N°34206759*

*Casablanca le :16/09 /2021*

*BOUDOUC HASSAN*

**FACTURE**

*Consultation :...300 dh.....*  
*Echographie :....450 dh.....*

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*  
**SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS**

*Docteur Saâd BENNIS*  
*Chirurgien Urologue*  
*72, Boulevard Zerktouni - Casa*  
*Tél: 05 22 29 32 44 / Fax: 05 22 29 32 46*

*72, Boulevard Zerktouni Casablanca*  
*Tél : 0522-29-32-44 Fax :0522-29-32-46*

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

Nom : BOUDOUCHE  
Prénom : HASSAN

16/09/2021

## **Echographie Rénale & Vésicale**

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

Prostate : 30g

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

Docteur Saâd BENNIS  
Chirurgien Urologue  
12, Boulevard Zerktouni - Casa  
Tél: 022 29 32 44 / 022 29 32 46

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

Dr SAAD BENNIS

01/07/2004 00:26:27

boudouch\_hasseen 040/01-001329-L000

SCSA

Abdomen-A

B1 110.8 017.2 065

110 8% 00/8

D2 FIG.8 017.2 663

110 8% 00/9



CONTRAST : 164

BRIGHT : 119

GAMMA : 1

SHARPN: SS : 4

Dr SAAD BENNIS

01/07/2004 00:26:04

boudouch\_hasseen 040/01-001329-L000

SCSA

Abdomen-A

B1 110.8 017.2 065

110 8% 00/8

D2 FIG.8 017.2 663

110 8% 00/9



CONTRAST : 164

BRIGHT : 119

GAMMA : 1

SHARPN: SS : 4