

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 joints 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W21-672595

Adhérent
n'a pas
de PEP su
le Médiante

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5098

Société : RAI CASA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ABDERATHIN Abdellah

Date de naissance : 19/05/1952

Adresse : Ferme Zain IDRISI, Dr BOURHARES

Tél. : 06 73 779781 Total des frais engagés : 1127,20 dh

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Saad BENNIS
CHIRURGIEN UROLOGUE
72, Boulevard Zerktouni - Casablanca
Tél: 05 22 29 32 44 / Fax: 05 22 29 32 46
ICE: 001624776000074

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/12/2021

Nom et prénom du malade : Abderrahim

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fostolo

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

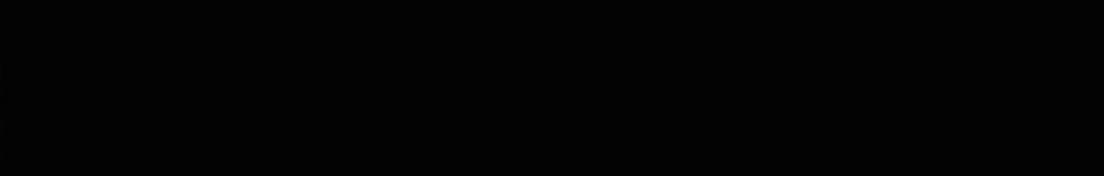
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 14/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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
14.12.2021	01	11	300,00	INP : 0910286641
14.12.2021	Examen	10	500,00	Docteur Saad BEN CHIRURGIEN

EXECUTION DES ORDONNANCES 10E: 00162

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/2021	327.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

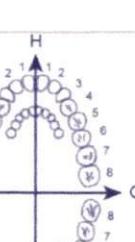
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>				H	21433552	25533412	00000000	00000000		35533411		B	11433553	G	
H	21433552																
25533412	00000000																
00000000																	
35533411																	
B	11433553																
G																	
		<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

الدكتور سعد بنيس

طبيب مساعد سابق بمستشفى تولوز بفرنسا

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

اختصاصي في جراحة الكلم
والمسالك البولية والتناسلية
تفتيت الحصى بدون جراحة
عقم عند الرجل - الختانة
الفحص بالصدى

Casablanca, Le

14-12-2021 الدار البيضاء، في

Abderahim. Alolah.

~~Ubilpro 500~~

~~109.70~~

~~Conti~~

~~62.50x2~~

~~Wris~~

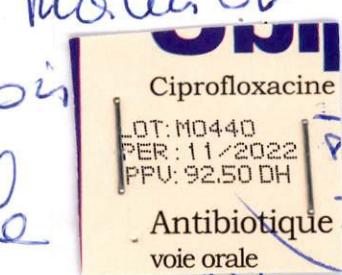
~~100~~

~~= 327.20~~

1 ep Malin et
Soi

1 gelule
le Soi

1 ep x
le Soi



Docteur Saâd BENNIS
CHIRURGIEN UROLOGUE
72, Boulevard Zerktouni - Casablanca
Tél: 05 22 29 32 44 / Fax: 05 22 29 32 46
ICE: 00462477600074

Docteur Sâad 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.

Patente N°34206759

Casablanca le : 14/12/2021

ABDERRAHIM Abdellah

F A C T U R E

*Consultation :....300dh.....
Echographie :....500 dh.....*

*Arrêtée la présente facture à la somme de :
HUIT CENT DIRHAMS*

*Docteur Sâad BENNIS
CHIRURGIEN UROLOGUE
72 Bd Zerkouni, Casablanca
Tel: 0522-29-32-44 Fax: 0522-29-32-46
ICE: 001624776000074*

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

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

Nom : ABDERRAHIM 14/12/2021
Prénom : Abdellah

Echographie Rénale & Vésicale

Vessie : paroi modérément épaisse, contenu transonore
Absence de résidu post mictionnel

Prostate : 60g

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

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

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

Docteur Sâad BENNIS
CHIRURGIEN UROLOGUE
72 Bd Zerkouni, Casablanca
Tél: 0522 29 32 44 Fax: 0522 29 32 46
ICE: 00162471600074

PHILIPS

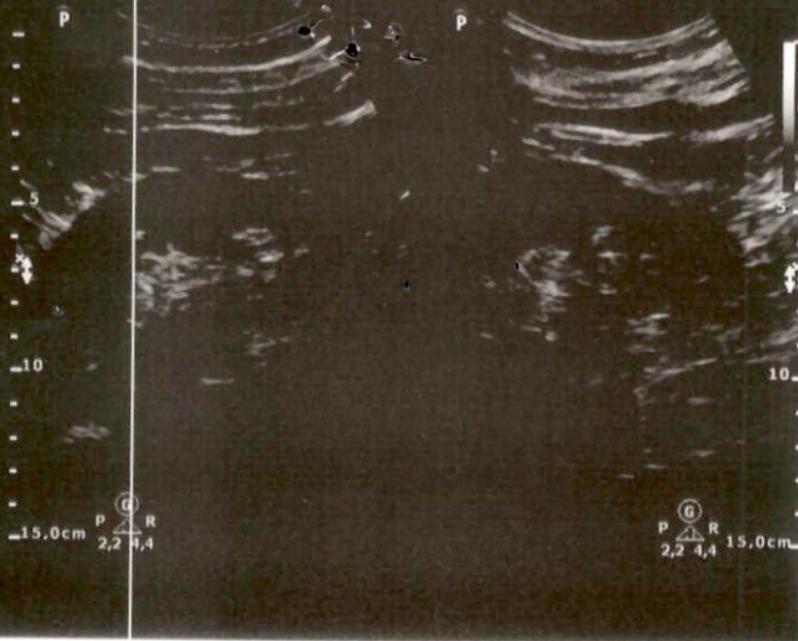
Dr BENNIS SAAD

IM 0,8 14/12/2021

ITo 0,1 15:27:23

OB gén
V6-2
25Hz
15,0cm

2D
HGén
Gn 79
61
6/3/2



PHILIPS

Dr BENNIS SAAD

IM 0,8 14/12/2021
ITo 0,1 15:22:31

OB gén
V6-2
25Hz
15,0cm

2D
HGén
Gn 64
61
6/3/2

