

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Education :

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.

Prothétique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Reclamation : 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2161

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

RETRAITÉ

Nom & Prénom :

AOUAD NAJIB

Date de naissance :

13/04/1953

Adresse :

Haïtouelle

Tél. :

06 61 41 41 41

Total des frais engagés : 647,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/03/2022

Nom et prénom du malade :

Aouad NAJIB

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Prostate & Calcul venu

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 : 10/03/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10-03-2022 | CS | 1 | G 500,- |  * Doctor Saad BEN SAAD |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
|  | 10/31/2018 | 143,50 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

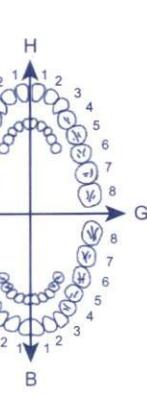
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 canalaires, 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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

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 سابق بمستشفى تولوز بفرنسا

اختصاصي في جراحة الكلى
والمالك البولية والتناسلية
تفتيت الحصى بدون جراحة
عقم عند الرجل - الختانة
الشخص بالصدى

Casablanca, Le

10-03-2022

الدار البيضاء، في

Aouad Najla :

Iprost



147,50 le sur au Cadeau

147,50



PPU 147.50 DH



72، شارع الزرقطوني فوق مقهى Hermès تويوتا سابقًا - الطابق الثاني - الدار البيضاء

72, Bd Zerkouni au dessus Café Hermès (EX TOYOTA) (Niveau Marché des Fleurs) - 2^{me} étage Casablanca

Tél.: 05 22 29 32 44 - Urgence : Clinique Badr - Tél.: 05 22 49 23 81 - الهاتف: saadurro@gmail.com

*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 : 10/03/2022

FACTURE

Echographie :....500 dh.....

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

*Docteur Sâad BENNIS
CHIRURGIEN UROLOGUE
72 Bd Zerkouni, Casablanca
Tél: 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 : AOUAD *10/03/2022*
Prénom : Najib

Echographie Rénale & Vésicale

Vessie : présence d'un calcul de 1,5 cm

Prostate : hypertrophiée
Poids estimé à 40g

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

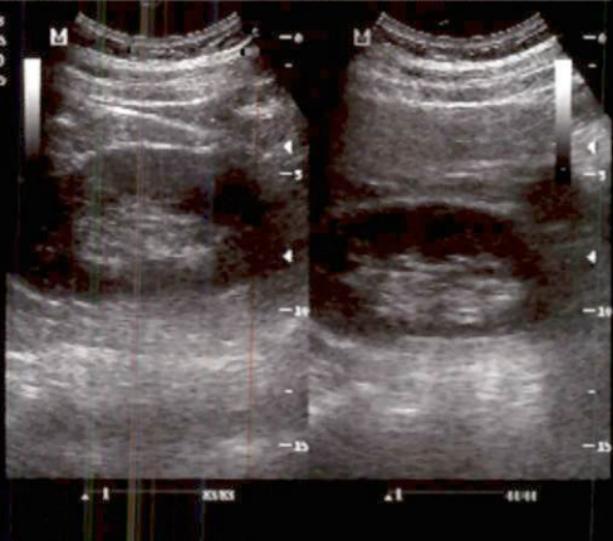
Docteur Saâd BEN AÏS
CHIRURGIEN UROLOGUE
72-80 Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 29 32 44 Fax: 0522 29 32 46
ICE: 00162477600074

Dr SAAD BENNIS
040/01-030220-AAAU

01/07/2004 04:04:39

302A Abdomen-A

B1 13.5 D17.2 0.85
HRG BH1 DW5
B2 F3.5 D17.2 66
HRG BH1 DW5



CONTRAST: +64

BRIGHT: 0

GAMMA: 1

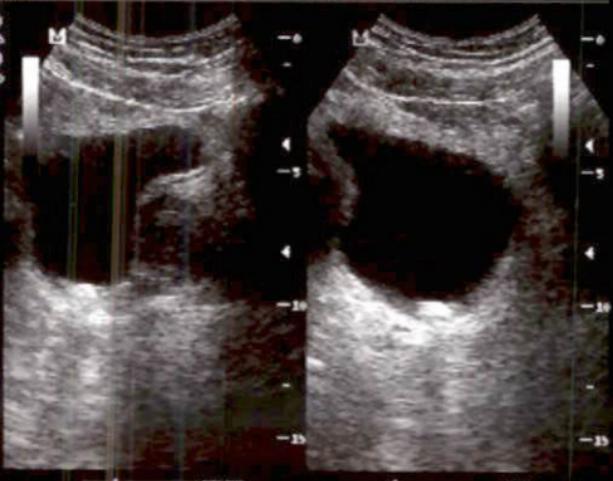
SHARPNESS: 4

Dr SAAD BENNIS
040/01-030220-AAAU

01/07/2004 04:03:08

302A Abdomen-A

B1 13.5 D17.2 0.85
HRG BH1 DW5
B2 F3.5 D17.2 66
HRG BH1 DW5



CONTRAST: +64

BRIGHT: 0

GAMMA: 1

SHARPNESS: 4