

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REBETS

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056988

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MR BRAHIMI Mohamed

Date de naissance :

Adresse : 47 HUSSEIN EL OUBALAH

Caution CASCA

Tél. 0661241340 Total des frais engagés :

0522 23 10 73 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelmoumen - Casa
Tél. 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16 JAN. 2023

Nom et prénom du malade : BRAHIMI Mohamed Age :

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

Nature de la maladie : prostatic

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 : CASCA Le : 08/2/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

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

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/01/23	79,50

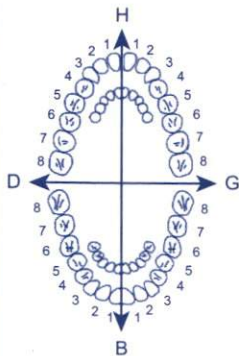
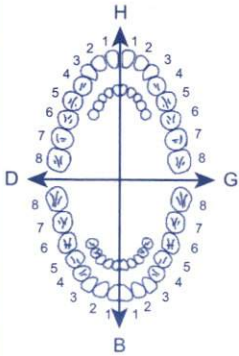
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Importance :

Veuillez indiquer les radiographies en cas de prothèses ou de traitement orthodontaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
																	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input type="text"/> </div> <div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <input type="text"/> </div> <div> <p>FIN D'EXECUTION</p> <input type="text"/> </div> </div>																	
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> 	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td align="center" colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td align="center">25533412</td> <td align="center">21433552</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">D</td> <td align="center">G</td> </tr> <tr> <td align="center">00000000</td> <td align="center">00000000</td> </tr> <tr> <td align="center">35533411</td> <td align="center">11433553</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">B</td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction]</p> <p align="center">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <input type="text"/> </div> <div> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <input type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> <p>DATE DU DEVIS</p> <input type="text"/> </div> <div> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> <input type="text"/> </div> </div>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur BENNANI Saâd

Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد

أستاذ جامعي

جراحة المسالك البولية والتناسلية

عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية

لجراحة المسالك البولية والتناسلية

Casablanca, le : 16 JAN. 2023

TERAZOS

LOT: 12822012
PER: 09/2025
PPU: 79,50 DH

B

Mr IBRAHIMI Mohamed

79,50

① TERAZOSINE MORTON 5mg

1/2 cp par jour le soir x 2 mois.

صيدلية الروداني
MACIE ROUDANI
26, Bd Gratum Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 27 23 86 / 05 22 27 22 24

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelmoumen - Casa
Tél: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73

42، شارع عبد المومن - إقامة وليلي - الطابق الخامس - الدار البيضاء

42, Boulevard Abdelmoumen - Résidence Walili - 5^{ème} étage - Casablanca

Tél.: 05 22 23 10 23 - Fax : 05 22 23 10 73 - GSM : 06 61 16 65 16