

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- 0024206

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	004492	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	1683 NS
Nom & Prénom :		BENNANI TARIK	
Date de naissance :		13 - 01 - 1961	
Adresse :		10 LOT BEVERLY, CALIFORNIE 20150 CABOURNEA	
Tél. :		06.61.19.80.20	Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur HADDANI SALAH
Médecin Anesthésiste Réanimateur
INPE: 091070466

Date de consultation : 20/06/2023

Nom et prénom du malade : BENNANI TARIK Age: 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Unétérioscopie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC 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 : CASA

Le : 22/06/2023

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
20/06/23	CS		300 DH	Docteur HADDANI SALAH Médecin Anesthésiste Réanimateur INPE: 091070466

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

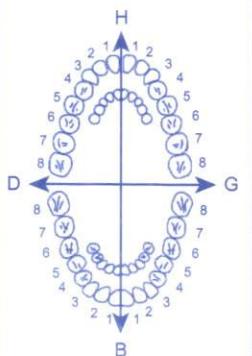
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

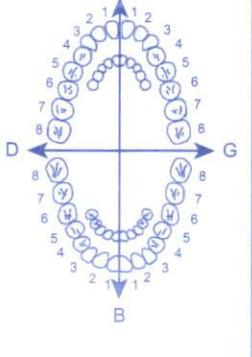


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

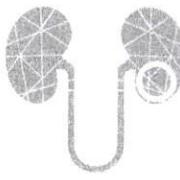
[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Alae TOUZANI
Chirurgien Urologue - Andrologue



Diplômé des Universités de Paris, Rabat et Montpellier
Ex-Chirurgien au CHU Ibn Sina et aux Hôpitaux de France
Fellowship en Chirurgie Mini-Invasive (MIS) - Toulouse
Membre de l'Association Européenne d'Urologie

الدكتور علاء التوزاني
أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية
خريج جامعات الرباط و باريس و مونبلييه (فرنسا)
جراح سابق في مستشفى ابن سينا و مستشفيات فرنسا
تخصص في الجراحة طفيفة التوغل - تولوز (فرنسا)
عضو الجمعية الأوروبية لجراحة المسالك البولية

Casablanca le : 15/06/2023

A l'attention du Dr HADDANI,

Cher Confrère,

Je te confie Mr BENNANI TARIK en vue d'une consultation de pré-anesthésie.

ATCD principal : 0.

L'acte prévu est urétéroscopie gauche.

Voie d'abord : endoscopique.

Merci pour ta collaboration.

Amicalement.

Dr TOUZANI Alae



22, Bd Yacoub El Mansour (5^{ème} étage) Bureau N°42, Mâarif, Casablanca

شارع يعقوب المنصور - الطابق 5 ، المكتب 42 - المعاريف الدار البيضاء

Tél : **05 22 23 84 73** - WhatsApp : **07 00 91 35 95 - 06 62 37 44 61**

E-mail : contact@urologiecasablanca.ma - Site Web : www.urologiecasablanca.ma

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 20-06-2023

Facture N° 19245/23

A. Identification

N° Dossier : COC23F20114942

N° Identifiant : 041281

Nom & Prénom : M. BENNANI TARIK

C.I.N : b191208

Adresse : adresse

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 20-06-2023

Date Sortie : 20-06-2023

Traitements :

Médecin traitant : DR . HADDANI SALAH

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PARTIE CLINIQUE :						
0,00						
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. HADDANI SALAH (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
Total Rubrique :						
300,00						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
300,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
300,00						

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré



CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

**NOM DU PATIENT : M. BENNANI
TARIK**

DATE DE NAISSANCE :

13/01/1961

COC23F20114942



Reçu N°: 138639

Paiement du 20/06/2023 11h56

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce