

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1752 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MENNANI Ahmed

Date de naissance : 01-01-1951

Adresse : 5 TMA. 56 Hay El Farah Dakha

H. M. Casa

Tél. 06.22.62.95.70 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01.08.2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Membre Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tumeur nerveuse

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 : 08/08/2023 Le : 08/08/2023

Signature de l'adhérent[e] : DR FAIK HASSAN

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>INDE: 091145587</i>	02.08.23	ECG	200 DH
<i>INDE: 091145587</i>	04.08.23	ECG	200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

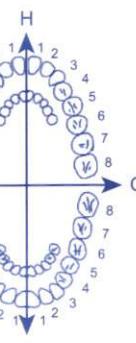
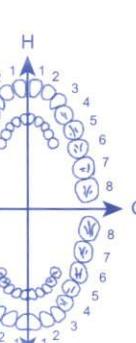
★ Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة طب وجراحة الكلية والمسالك البولية والتناسلية

CABINET D'UROLOGIE

Docteur FAÏK Hassan
Ancien médecin des Forces
armées royales
Chirurgien Urologue



الدكتور فائق حسن

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية
اختصاصي في أمراض وجراحة الكلية
والمسالك البولية والتناسلية

الدار البيضاء، في

فحص وجراحة الكلى والمسالك البوليية غير المنظار

الناظار جراحة البروستات والمثانة عبر

جراحة الفتق والخصيتين

تفتيت حصى الكليتين والمسالك البوالية بأشعة الليزر

العقم والعجز الجنسي عند الرجال

الأمراض التناسلية المعدية

الختان والتبيول اللا إرادي عند الأطفال

الفحص بالصدري

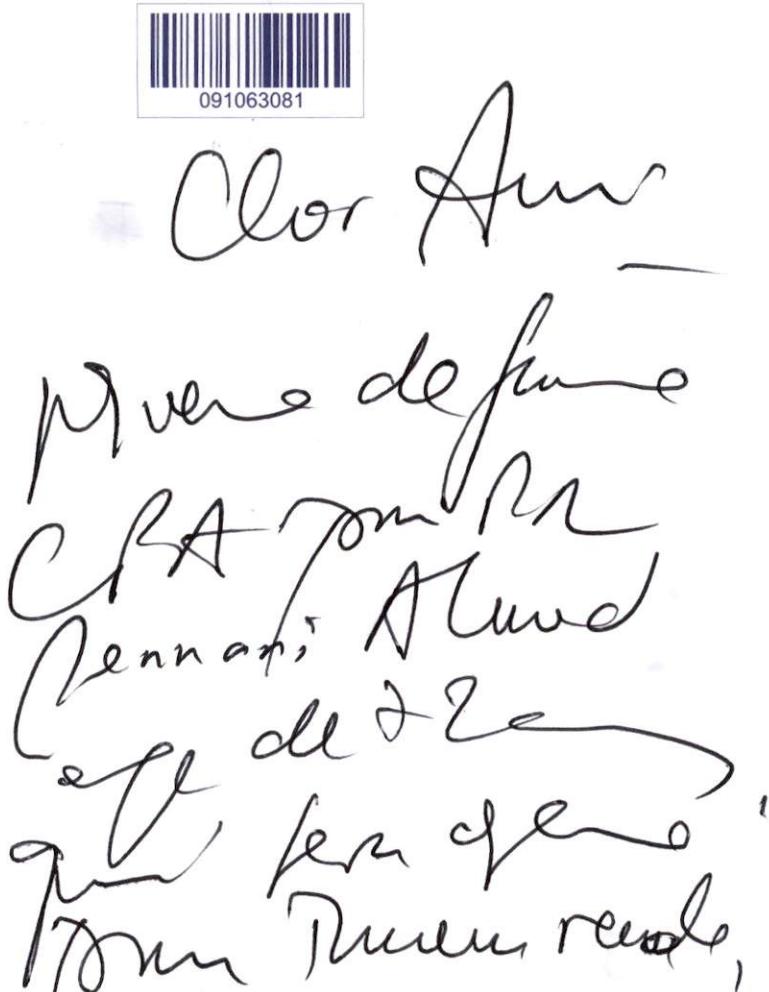
Chirurgie et endoscopie des reins et des voies genito-urinaires

Echographie urologique Lithotriptie Extracorporelle

Stérilité masculine impuissance sexuelle

Maladies sexuellement transmissibles

Circoncision, enuresie chez l'enfant



drôle. (Nécessaire)
The change

Dr. FAIK Hassan
1928d Abha City - Casablanca
Chirurgie Urologique
Haly EL Faraj - Casablanca
Tel: 0522 821022



AKDITAL.

Centre d'Urologie Oasis
مركز أمراض و جراحة المسالك البولية الواريس

Casablanca, le... 04/08/23

Nom et prénom : M ennani Ahmed

ECG

Docteur HADDANI SALAH
Médecin Anesthésiste Réanimateur
IMPE: 091070466

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA



090063058

CASABLANCA Le : 04-08-2023

Facture N° 24264/23		C. Débiteur				
A. Identification		page 1/1				
N° Dossier : COC23H04100709		N° Identifiant : 042755				
Nom & Prénom : M. MENNANI AHMED		Organisme : Payant				
C.I.N : b506068		ICE : Adresse :				
Adresse : adresse		D. Période d'Hospitalisation				
Médecin traitant : DR . HADDANI SALAH		Date Entrée : 04-08-2023				
		Date Sortie : 04-08-2023				
		Traitement :				
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	ECG		200,00			200,00
						200,00
						200,00
PARTIE CLINIQUE :						
HONORAIRES ANESTHESISTES						
1	DR. HADDANI SALAH (ANESTHESIE-REANIMATION)		300,00			300,00
						300,00
						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :				TOTAL GENERAL		
				500,00		

CINQ CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

GE

MAC600 1.02

ID :

I

aVR

II

aVL

III

aVF

V1

V2

V3

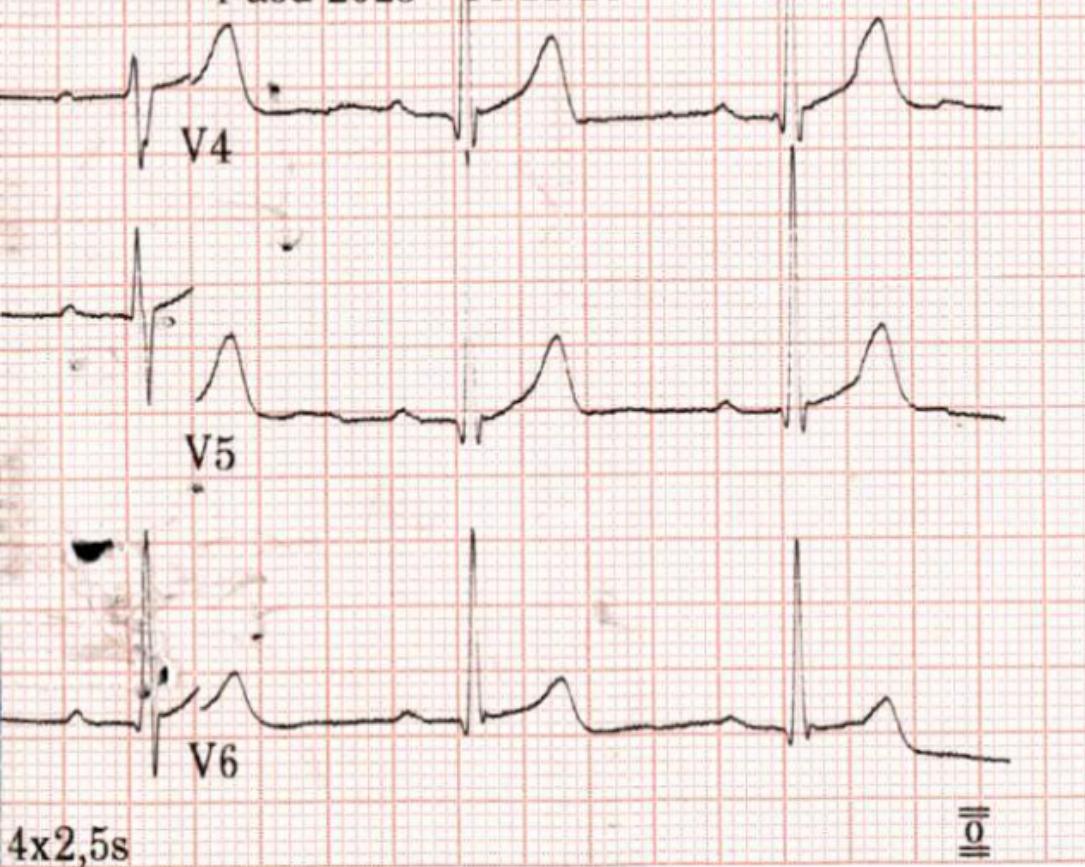
0.16-150Hz

25.0 mm/s

10.0 mm/mV

59 bpm

4-aoû-2023 14:21:24



ID :

Fréq. ventr. 59 bpm
Durée QRS 78 ms
QT/QTc 396/392 ms
Intervalle PR 214 ms
Durée P 92 ms
Intervalle RR 1016 ms
Axes P-R-T 12 54 55

MAC600 1.02

12SL™v239

MAC600 1.02

12SL™v239

Bradycardie sinusale avec bloc A-V du premier degré
ECG normal par ailleurs

Docteur HADDANI SALAH
Medecin Anesthésiste Réanimateur
INPE: 0910-0406

Memmarini

Armed

Se : 04/08/23

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

PAIEMENT EFFECTUE PAR : MENNANI AHM
NOM DU PATIENT : M. MENNANI AHMED
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1951
COC23H04100709



Reçu N°: 144172

Paiement du 04/08/2023 10h59

Actes

Montant

200,00 Dh

Numéro de compte

8828

Nom de propriétaire

MENNANI AHM

CENTRE INTERNATIONAL D'ONCOLOGIE CASABLANCA

PAIEMENT EFFECTUE PAR : MENNANI AHN
NOM DU PATIENT : M. MENNANI AHMED
DATE DE NAISSANCE : 01/01/1951
COC23H04100709



Reçu N°: 144150

Paiement du 04/08/2023 10h10

Actes	
Montant	300,00 Dh
Numéro de compte	8828
Nom de propriétaire	MENNANI AHN
Type de paiement	TPE