

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2751** Société : **RAM**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **ZGUENDI M'HAMED**

Date de naissance : **15/07/53**

Adresse : **118, Al MOUNTAHL - Ain-Diab.**

E-mail : **zguendi.lanca**

Tél. : **0669792679** Total des frais engagés : **#1692,00#** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Docteur AILI OUZZANE

Chirurgien Urologue et Andrologue

22, Bd Yacoub El Mansour

Bureau N° 42 - Casablanca

Date de consultation : **04/01/24**

Nom et prénom du malade : **Mr ZGUENDI M'HAMED** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **Problème d'urologie**

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 : **04/01/2024**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
04/01/14	CS		3000dh	INP : 099210823 Docteur Adil OUZZANE Chirurgien Urologue et Andrologue 22, Bd. Yacoub El Mansour

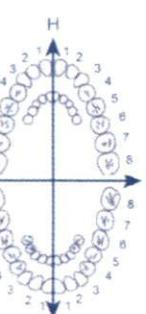
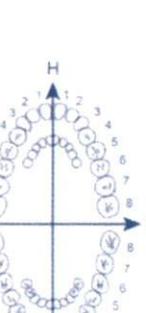
EXECUTION DES ORDONNANCES

INSCRIPTION DES CHÈQUES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Naima	06-01-24	1392,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>										
					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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	B	00000000 35533411	00000000 11433553	B	G
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														
D	B														
00000000 35533411	00000000 11433553														
B	G														
		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															

Professeur Adil OUZZANE

Chirurgien Urologue - Andrologue



بروفيسور عزيز عز الدين

أخصائي في أمراض و جراحة المسالك البولية

Ex. Enseignant chercheur à la faculté de médecine de Lille (France)
Ancien Chef de Clinique et Praticien Hospitalier au CHU de Lille
Membre des Associations Française et Européenne d'Urologie

أستاذ باحث سابق في كلية الطب
بليل (فرنسا)

رئيس سابق لمصلحة جراحة المسالك البولية
بالمستشفى الجامعي بليل

عضو رسمي في الجمعية الفرنسية والأوروبية
لجراحة المسالك البولية



Casablanca le : 04/01/2024

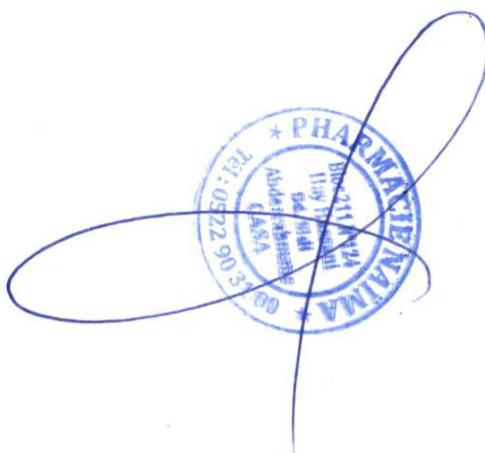
MR ZGUENDI M'HAMED



- Xatral 10mg
1 Comprimé, soir, pendant 6 mois



1392,00



Docteur Adil OUZZANE
Chirurgien Urologue et Andrologue
22, Bd. Yacoub El Mansour
Bureau N° 42 - Casablanca



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

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