

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 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

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

N° W19-510855

56091

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 0497		Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Bennis Brahim			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : _____ Total des frais engagés : _____ Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Docteur Saïd BENNIS CHIRURGIEN UROLOGUE 72, Boulevard Zerkouni - Casa Tél: 05 22 29 32 44 / Fax: 05 22 29 32 46 ICE: 00162476000074			
Date de consultation : 14 01 2011			
Nom et prénom du malade : BENNIS Brahim Age: _____			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Pollekérnie			
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 : _____ Date : _____			
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
14.01.2021	CS	01	300,-	DOSSIER N° 91026641 CHIRURGIE GÉNÉRALE Boulevard de la Gare 22-23-32-44 TICE 090016
	Echog. 01		500,-	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR HASSAN - CASA HOMECARE 14/01/21 09:05 20-09-2020 092045145	14/01/21	657,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
				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	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433562 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412 00000000	21433562 00000000	D	G	35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		25533412 00000000	21433562 00000000														
D	G	35533411	11433553														
B																	
				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 بن نيس طبيب مساعد سابق بمستشفى تولوز بفرنسا

طبيب مساعد سابق بمستشفى تولوز بفرنسا

**اختصاصي في جراحة الكلى
والمسالك البولية والتناسلية
تفتيت الحصى بدون جراحة
عمق عند الرجل - الختانة
الشخص بالصدى**

Casablanca, Le

الدارالبيضاء، في ١٤.٠١.٢٠٢١

*Docteur Sâad BENNIS
Chirurgien Urologue
Chirurgie et exploration endoscopique
Des reins et des voies génito-urinaires
Lithotriptie extracorporelle-Echographie
Impuissance – Circoncision.*

*Nom :BENNIS
Prénom : BRAHIM*

14/01/2021

Echographie Rénale & Vésicale

Motif : POLLAKIURIE

Vessie : paroi non épaisse, contenu transonore
Absence de résidu post mictionnel

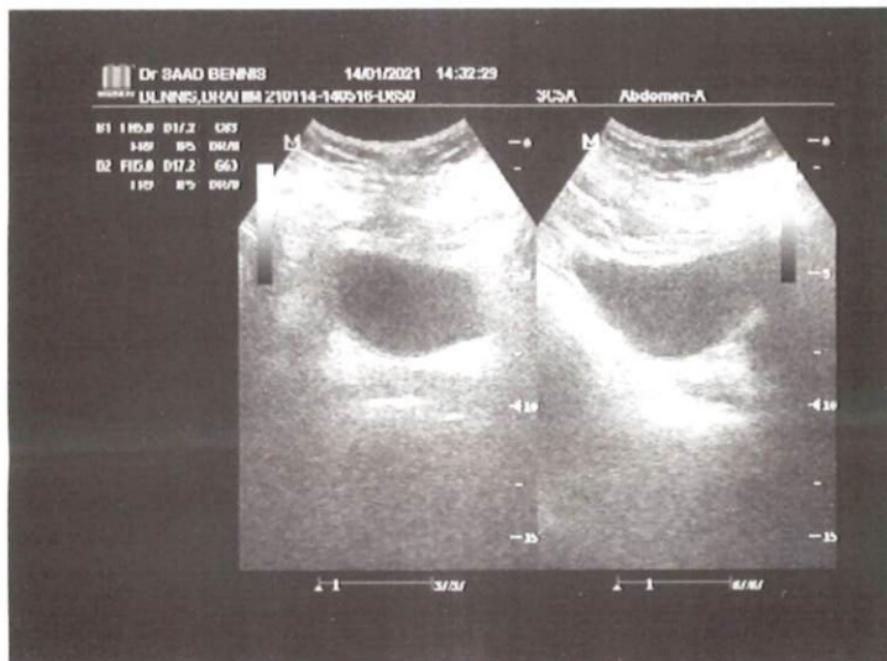
Rein Droit : Taille normale, contours réguliers
Bonne différenciation corticomédullaire
Sans dilatation des cavités pyélo-calicielles

Rein Gauche : Taille normale, contours réguliers
Bonne différenciation cortico-medullaire
Sans dilatation des cavités pyelocalicielles

*Docteur Sâad BENNIS
Chirurgien Urologue
12, Boulevard Zerkouni - Casa
Tél. 05 22 45 32 44 / Fax: 05 22 29 32 44*



CONTRAST: +28 BRIGHT: +64 GAMMA: 1 SHARPNESS: 4



CONTRAST: +28 BRIGHT: +64 GAMMA: 1 SHARPNESS: 4

Urispas® 200 mg

Flavoxate



30 Comprimés pelliculés

LOT 201270
EXP 05 2023
PPV 62.50

Urispas® 200 mg

Flavoxate



30 Comprimés pelliculés

LOT 201270
EXP 05 2023
PPV 62.50

Smeecta

orange-vanille

Diosmectite

LOT : 11.05.2008
PER : 05.2023

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30

P.P.V : 52DH40



5 118000 011460

پاہنچ ۲۰



二

14

;



BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 09/2023

LOT 06008 3

پاہنچ ۲۰



۲۷

6
L.
G.
E.
E.

;



BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 09/2023

LOT 06008 3

پاہنچ ۲۰



二

14

• F



BECIDOUZE®

20 dragées

PPV 35DH10

EXP 09/2023

LOT 06008 3

فُلْوَرُولِرُول

®

الفيبروزين



SUN
MONSANTO
PHARMACEUTICALS
U.S.A.

GTIN: 16118001300157

Lot No: AB75325

EXP: 07/2022

S.N.: AG058075559150



مدة الصلاحية
من تاريخ الإنتاج
30



فُلْوَرُولِرُول

®

الفيبر و زين



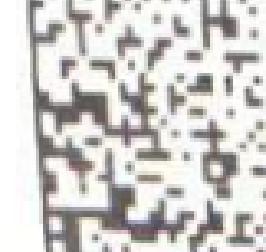
SUN
MONSANTO
PHARMACEUTICALS
U.S.A.

GTIN: 16118001300157

Lot No: AB75325

EXP: 07/2022

S.N.: AG058075559150



مدة الصلاحية
من تاريخ الإنتاج
30

