

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 Médical Ben Madioun - Régime d'Accompagnement - 10ème arrondissement de Rabat - Rue Abdou Moukoko - Quartier de l'Enfance - Casablanca 20200 - Tél : 05 22 29 32 44 / Fax : 05 22 29 32 46 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W19-510855

56091

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : _____

Matricule : 0497 Société : R.A.M.

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

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 2021

Nom et prénom du malade : BENNIS Brahim

Age : _____

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

Nature de la maladie : Polypéurie

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Bennis

RELEVÉ 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	
	Chq	01	500	

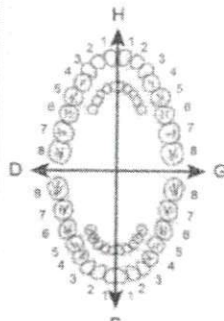
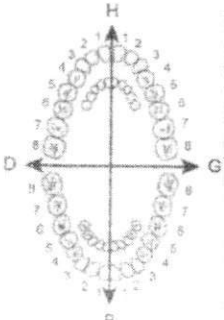
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant des Factures
	14/01/21	657,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ 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 caninaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25833412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>30533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25833412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	30533411	11433553	B	B	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"/>	
	H	H																
	25833412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	30533411	11433553																
	B	B																
	[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															

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Impuissance - Circoncision

طبيب مساعد سابقا بمستشفى تولوز بفرنسا

اختصاصي في جراحة الكلي
والمسالك البولية والتناسلية
تفتيت الحصى بدون جراحة
عقم عند الرجل - الختانة
الفحص بالصدى

Casablanca, Le

14.01.2021

الدار البيضاء، في

الدار البيضاء، في
Zennir brahim
May 3, 1984

• Flotral  1 cv le dos p_{el} 3 mos

Bécidouze 1 cp matin et so

Pendant 01 mois.

$$6250 \times 2$$

645012
wris/as 1 ep m
Panda
PHARMACY
Jaya Helma Block
Tg. P. 05 22 11 11
BY Hassan: 645012

MACKEY
na Bloc A)
Bni - 6581
22/01/14
Penda 20 J

56160

Stilnox

$$\text{Sn}^{4+}$$

5240. Sinecta

ARMACIE
Bout Nejma Bloc 415 No 902
HAY Hassani - Casablanca
Tel: 33 78 54 35
1

Docteur Saad BENNIS
CHIRURGIEN UROLOGUE
72, Boulevard Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 29 32 44 - Fax: 05 22 29 32 44
ICE: 00162476000074

PHARMACIE NEJMA
Derb Nejma Bloc 419
Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 89 54 35
Fax: 05 22 29 82 46
N° 092045145
INPE: 092045145

72, Bd Zerktouni au dessus Café Hermès - (A côté TOYOTA) - 2^{ème} étage Casablanca - Tél.: 05 22 29 32 44 - Fax : 05 22 29 32 46

saadurro@gmail.com

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

14/012021

Echographie Rénale & Vésicale

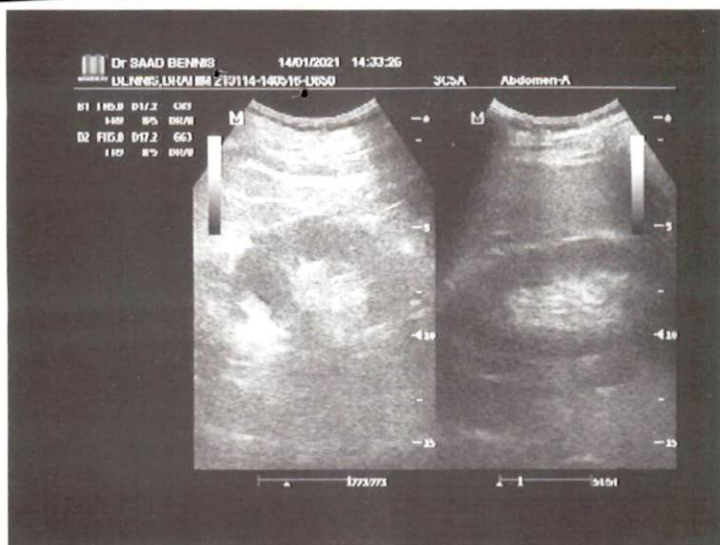
Motif : POLLAKIURIE

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

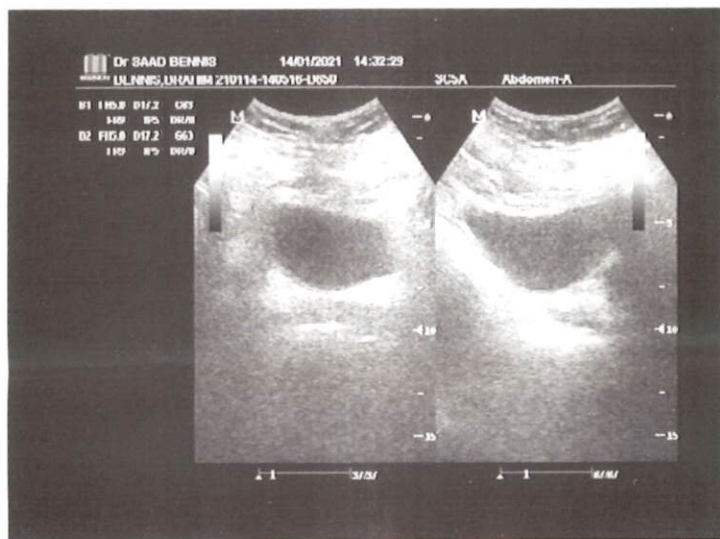
Rein Droit : Taille normale, contours réguliers
Bonne différenciation corticomédullaire
Sans dilatation des cavités pyélo-calicielles

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

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



CONTRAST : 128 BRIGHT : 164 GAMMA : 1 SHARPNESS : 4



CONTRAST : 128 BRIGHT : 164 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

smecta

Diosmectite

orange-vanille

LOT : 20E038
PER.: 05 2023

SMECTA ORANGE VANILLE
3G SACHET B30



P.P.V : 52DH40



118000 011460

بیتامین

بیتامین ب 1
بیتامین ب 6
بیتامین ب 12



20 قرص

لابروفان

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 09/2023
LOT 06008 3

بیتامین

بیتامین ب 1
بیتامین ب 6
بیتامین ب 12



20 قرص

لابروفان

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 09/2023
LOT 06008 3

بیسیدوز

فیتامین ب 1
فیتامین ب 6
فیتامین ب 12



20 قرص

لابرورفان

BECIDOUZE® 20 dragées

PPV 35DH10 EXP 09/2023
LOT 06008 3

فلوترال®

الفيزورين



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

GTIN: 16118001300157

Lot No: AB75325

EXP: 07/2022

S.N.: AG058075559150



10 ملغ

30 قرصا نو تاجريرة ممتدا
عن طريق الفم

فلوترال®

الفيزورين



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC

GTIN: 16118001300157

Lot No: AB75325

EXP: 07/2022

S.N.: AG058075559150



10 ملغ

30 قرصا نو تاجريرة ممتدا
عن طريق الفم