

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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.

**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- 0020202

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10308 Société : R.A.H.  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Bougaddou Edima  
Date de naissance :  
Adresse : Fendous App 7 LKB 8 Hg 2 Casablanca  
Tél. : 0602467656 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZEMMOURI Ahmed Adil  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage Imm D31  
Bd. Oum Rabia Oufia Casablanca  
Tél: 0522.89.32.37

Date de consultation : 13.01.2023  
Nom et prénom du malade : RAFIK IARIJ Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : TROUBLES UROLOGIQUES  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 AVR. 2023

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 : / /  
Signature de l'adhérent(e) :

# 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
13/01/23			3001.00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.03.23	131.60

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

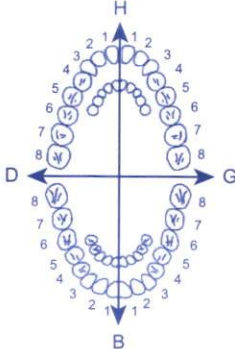
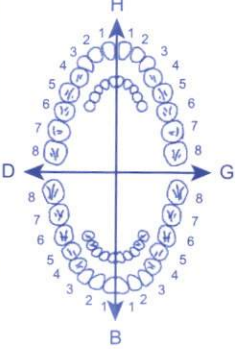
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

# عيادة طب وجراحة الكلي والمسالك البولية و التناسلية

Dr. ZEMMOURI Ahmed Adil

Spécialiste  
Chirurgien Urologue

Chirurgie des reins

Voies urinaires, Appareil génital, Prostate

Coelioscopie, Traitement des

Calculs urinaires (LEC)

Chirurgie de l'hernie inguino-scrotale

Traitement de L'infertilité Masculine



الدكتور أحمد عادل الزموري

اختصاصي في طب

وجراحة الكلي والمسالك البولية

جراحة الكلي، المسالك البولية و التناسلية، البروستات

الجراحة بالمنظار، تفتيت الحصى

جراحة الفتق

علاج العقم عند الرجال

13/01/2023

RAFIK ARIJ

32.60  
**1- MUXOL Sirop Enfant**

1 Matin et 1 Midi et 1 Soir avant les repas pendant 7 Jour(s)

19.90  
**2- FEBREX ST ENFANT**

1 Matin et 1 Midi et 1 Soir, après les repas pendant 7

Jour(s)

**3- BIOMYLASE SIROP**

49.90 x 2 1 Matin et 1 Midi et 1 Soir, après les repas pendant 7

Jour(s)

PHARMACIE OUM ERRABII

Dr. Adnane BIDA

49. Boulevard OUM ERRABII HAY HASSANI,  
EL OULFA - CASABLANCA Tél. 05 22 90 88 72

Dr. ZEMMOURI Ahmed-Adil  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage Immeuble 31  
Bd. Oum Rabia Oulfa Casablanca  
Tél. 0222.99.38.37

Rendez-vous le :

Tél.: 05 22 89 38 37 - Adresse : Appartement 2 Etg 1 immeuble 31  
Opération Firdaous Boulevard Oum rabia Oulfa CASABLANCA

POLYMÉDIC

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

40,00

POLYMÉDIC

بيوميلاز®

200 U.CEIP/ml

40,00



ichets de Granulés



**Pharmed**

Laboratoires Pharmaceutiques



**Voie Orale**

**PHARMED** LOT : 6612  
UT.AV : 02-25  
PPV : 19DH00