

# 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>12526</u>			
Société : <u>fam</u>			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
		<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ZERRARI EL MEHDJI</u>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <u>65666</u>			
Total des frais engagés :			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>Professeur Faysal LAZRAK</b>                      Chirurgien Pédiatre                      Centre Commercial Nador                      Imm. N° 4 - 1<sup>er</sup> étage - 1<sup>er</sup> étage                      Route de Casablanca - Rabat  <u>Zerrari Adam</u> </div>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Circoncision</u>			
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 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASAB le : 19 JUIN 2013 à 10:06:123

Signature de l'adhérent(e) : Zerrari Adam

## **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
08.06.93	Vaccination		2400,-	RECEPTION DU MONTANT DE 33100 Dhs 50, BD ABD EL KADER TUNISIA OASIS - CASABLANCA TEL : 0522 23 18 18 / 0522 22 50 28 EDYS ALLAZRAK
08.06.93	C3		Gratuit	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

bebe ZERRARI ADAM

Né le : 11/03/2022



ATF23F08095929

Casablanca, le 08/06/2023

Nom et Prénom : .....

1. Alimentation à ... 11h30'

2. Enlever la compresse vers 13H

3. SEPTRIM Spray

4 fois/ j Pendant 7 jours

4. Vaseline

4 fois/ j pendant 7 jours

14.00

avant d'appliquer la pommade

bien décalotter en poussant la peau de la verge vers le pubis pour empêcher les adhérences avec le gland

5. Vaseline sur la couche en regard de la verge

6. Dolipédiatrique

1 dose de ... 9kg. 4 fois/ j pendant 3 jours

7. Bain au 5ème jour

8. Photo wattsap

Nadia 16H CLINIQUE D'EMERGENCE ATEAL  
50, BD ABDELLAH EBRAHIM BOUABID  
OASIS - CASABLANCA 0522 23 18 18 / 0522 22 00 00

**NB :** Si vous remarquez une plaque blanchâtre sur le gland, ne vous inquiétez pas, cela fait partie du phénomène de cicatrisation.

**CLINIQUE ATFAL**  
50 Boulevard Abderrahim Bouabid  
Oasis , Casablanca , Maroc  
20000 Casablanca  
Tel : 05 22 23 18 18 Fax : 05 22 23 50 28  
IF 01087099

## COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient :

**ZERRARI ADAM**

CHIRURGIEN :

**DR. LAZRAK FAYSSAL**

Date :

**08/06/2023**

ANESTHESISTE :

**EQUIPE REA**

NATURE DE L'INTERVENTION : **CIRCONCISION**

DATE INTERVENTION : **08/06/2023**

TYPE D'ANESTHESIE : **GENERALE**

Sous anesthésie générale et bloc penien

Excision de peau + prépuce

Hemostase soigneuse à l'électrocoagulation

Suture mucocutanée au vicryl R 5/0.

Professeur Faysal LAZRAK  
Chirurgien Pédiatre  
Centre Commercial Jodida  
Jadida - Casablanca

**CLINIQUE ATFAL****NOTE HONORAIRE****DATE ENTREE : 08/06/2023****DATE SORTIE : 08/06/2023****LE:08/06/2023****DR. LAZRAK FAYSSAL (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)****HONORAIRES : 200,00 Dh (DEUX CENTS DIRHAMS )****PATIENT : BEBE ZERRARI ADAM****signé et cacheté**

Professeur Faysal LAZRAK  
Chirurgie Pédiatrique  
Centre Cormeau à Casablanca  
Immeuble Cormeau 10ème étage  
Route de Casablanca à Casablanca

# CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 08-06-2023

## Facture N° 10010/23

page 1/1

### A. Identification

N° Dossier : ATF23F08095929 N° Identifiant : 036647/23

**Nom & Prénom :** bebe ZERRARI ADAM

C.I.N :

Adresse : CASA

### C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-06-2023

Date Sortie : 08-06-2023

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . LAZRAK FAYSSAL

Traitemet : CIRCONCISION

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	CIRCONCISION		2 200,00			2 200,00
					Total Rubrique :	2 200,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>HONORAIRES MEDICAUX</b>						
1	DR. LAZRAK FAYSSAL (CHIRURGIE PEDIATRIQUE)		200,00			200,00
					Total Rubrique :	200,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
<b>TOTAL GENERAL</b>						
2 400,00						

DEUX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

DR LAZRAK FAYSSAL  
08-06-23  
2400  
OASIS

CLINIQUE DE L'AVENIR ATFAL  
50, BD ABDERRAHIM BOUABID  
OASIS - CASABLANCA  
TEL : 0522 23 18 18 / 0522 23 50 28

**CLINIQUE ATFAL****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** ATF23Fo8095929**NOM DU PATIENT** bebe ZERRARI ADAM**MÉDECIN TRAITANT** LAZRAK FAYSSAL**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 08/06/2023**DATE DE SORTIE** 08/06/2023**MODE DE SORTIE** normal

CLINIQUE DE CLINIQUE ATFAL  
50, BD AEDER SAHRA BOUABID  
OASIS - CASABLANCA  
TEL : 0522 23 18 18 / 0522 23 50 28