

## 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.

N° W21-809243

~~Annexe - W21-809243~~

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 05102			
Société : RAM - 170156			
Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : EL KHAZARI BRAHIM			
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse : 29 Rue El Koutoubia / MAS Aroudi / TARGA			
Tél. : 0661878316 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>Dr. SAADI</b>  <b>Chirurgie UROLOGIQUE</b>  6, Rue Mauritania Guéliz Marrakech  Tél. : 05 24 44 88 53  ICE : 001852490000044 </div>			
Date de consultation : 7.7.23			
Nom et prénom du malade : EL KHAZARI BRAHIM Age : 16ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : 05/07/2023

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

Signature de la Mutuelle : MUPRAS

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES								
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.								
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.								
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (Leave blank if no teeth treated)	<b>Nature des Soins</b> (Leave blank if no treatment)	<b>Coefficient</b> (Leave blank if no treatment)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 				
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> <input style="width: 10px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> <b>G</b> <input style="width: 10px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/> 35533411   11433553 <b>B</b> <input style="width: 10px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; margin-bottom: 5px;" type="text"/>				
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				

**Dr. SAADI M**

Spécialiste

Chirurgie urologique  
Andrologie , PMA

Marrakech le : 7-7-23

Compte rendu opératoire

Mr : EL KHAZRAJI Brahim  
Intervention : Varicocèle gauche  
Opérateur : Dr Saadi  
Dr Lafrikh  
Aide opératoire : Mme Karima

Sous anesthésie générale et décubitus dorsal  
Incision inguinale haute gauche de type Ivanisevic  
Ouverture du grand oblique  
Passage transverse au ciseau de metselbaum  
Abord rétropéritonéal de la veine spermatique et veines stellites reconnues par le  
groupement avec le canal déférent dont il seront séparées puis liées au vicryl 00 et  
sectionnées .  
Fermeture en trois plan au même fil et surjet intradermique sur la peau

**Dr. SAADI**  
Chirurgie UROLOGIQUE  
6, Rue Mauritania Gueliz Marrakech  
Tél. : 0524 44 88 53  
ICE : 0018524501090144

# CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477  
 Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation  
 Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

## FACTURE

N° 15 452 / 2023 du 11/07/2023

Nom patient	<b>EL KHAZRAJI BRAHIM</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANT</b>	07/07/2023	07/07/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
SEJOUR	1,00		500,00	500,00
BLOC OPERATOIRE	1,00		1 598,96	1 598,96
			Sous-Total	2 098,96
PHARMACIE	1,00		501,04	501,04
			Sous-Total	501,04
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>2 600,00</b>
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. SAADI EL HASSANI (urologue)	1,00		3 000,00	3 000,00
DR. OUELD BAALLAL HICHAM (reanimateur)	1,00		400,00	400,00
			Sous-Total	3 400,00
<b>Total prestations externes</b>				<b>3 400,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX MILLE DIRHAMS	<b>Total général 6 000,00</b>

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	6 000,00				6 000,00	0,00



**ANNEXE PHARMACIE**

<b>Nom patient</b>	<b>EL KHAZRAJI BRAHIM</b>	<b>N° Facture</b>	<b>15 452</b>	23G070620
<b>Produit</b>	<b>Quantité</b>	<b>Prix Unitaire</b>	<b>Montant</b>	
ACUPAN 20 MG INJ N.A (05)	1	10,18	<b>10,18</b>	
BAITANET D 5L SOLUTIO (500)	10	0,33	<b>3,30</b>	
DIPRIVAN 200 mg/20 INJ N.A (05)	1	39,08	<b>39,08</b>	
FENTANYL 100 INJ (10)	1	3,78	<b>3,78</b>	
HALOTANE LIQUID INJ (05)	1	55,80	<b>55,80</b>	
PARACETAMOL 1g INJ (01)	1	16,50	<b>16,50</b>	
SS 0.9% 500ml POCHE (01)	2	24,00	<b>48,00</b>	
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>176,64</b>	
COMPRESSE 05 COM (001)	5	7,00	<b>35,00</b>	
ELECTRODES ECG ADULT (01)	3	10,00	<b>30,00</b>	
GANT D'EXAMEN M (100)	2	1,50	<b>3,00</b>	
GANT STERILE 7.50 (01)	1	15,00	<b>15,00</b>	
GANT STERILE 8.00 (01)	2	12,00	<b>24,00</b>	
INTRANUL 20 G ROSE (001)	1	20,00	<b>20,00</b>	
LAME BISTOURIE N°24 (001)	1	5,00	<b>5,00</b>	
LAME TONDEUSE CHIRURG 3M (01)	1	50,00	<b>50,00</b>	
SERINGUE 05 CC (001)	1	10,00	<b>10,00</b>	
SERINGUE 10 CC (01)	1	10,00	<b>10,00</b>	
SURGICRYL 0 CT 36mm (01)	1	122,40	<b>122,40</b>	
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>324,40</b>	
<i>(*) Conditionnement hospitalier</i>	<b>Total pharmacie</b>	<b>501,04</b>		



Le : 07/07/2023

Références 15 452 / 230707100024008056

PAYANT

Entrée / Sortie : 07/07/2023 - 07/07/2023

Le Dr. SAADI EL HASSANI

présente à . EL KHAZRAJI BRAHIM

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
3 000,00 Dhs (TROIS MILLE DIRHAMS)

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. SAADI  
Chirurgie UROLOGIQUE  
6, Rue Mauritania Guéliz Marrakech  
Tél. : 0524 44 88 53  
ICE : 00155249000

Cachet et signature

Le : 07/07/2023

Références 15 452 / 230707100047008057  
PAYANT

Entrée / Sortie : 07/07/2023 - 07/07/2023

Le Dr. OUELD BAALLAL HICHAM

présente à . EL KHAZRAJI BRAHIM

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
400,00 Dhs (QUATRE CENTS DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. Hicham  
Anesthésiste - Réanimateur  
Directeur Medical  
Clinique L'Aéroport - Marrakech  
INPE : 01115/914

Cachet et signature