

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7155 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GOTNI AHMED A 8930

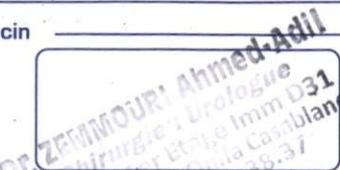
Date de naissance : 09.07.1968

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0635738080 Total des frais engagés : 171,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29.12.2013

Nom et prénom du malade : BOTNI AHMED Age : 61

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : TROUBLÉS

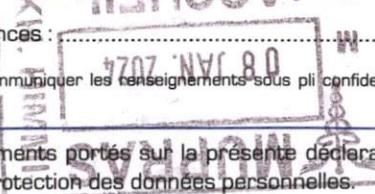
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

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
27/12/23	CD		Gratuit	AP Orléans Chirurgien Dentiste Immobilier 02 38 00 00 00 tel: 02 38 00 00 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEAUX DOCTEUR ALAIN ALAGUIN 100, Rue André 64160 Sèvres	27/12/23	172,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

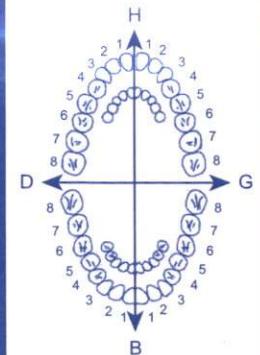
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	
G	

[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

عيادة طب وجراحة الكلي والمسالك البولية و التناسلية

Dr. ZEMMOURI Ahmed Adil

Spécialiste
Chirurgien Urologue



الدكتور احمد عادل الزموري

اختصاصي في طب
وجراحة الكلي والمسالك البولية

جراحة الكلى ، المسالك البولية و التناسلية ، البروستات

الجراحة بالمنظار ، تفتيت الحصى

جراحة الفتق

علاج العقم عند الرجال

27/12/2023

Chirurgie des reins
Voies urinaires, Appareil génital, Prostate
Coelioscopie, Traitement des
Calculs urinaires (LEC)
Chirurgie de l'hernie inguino-scratole
Traitement de L'infertilité Masculine

GOTNI AHMED



1- URODINE 4mg

1 Soir, après les repas pendant 1 Mois

Lot N° :	1306878
Fab :	06/2023
Per :	06/2025
PPV :	172,20 Dhs

PHARMACIE AL HAKIM CASABLANCA
SARL AU
DOCTEUR BOUCHRA ALAOUI
100, Rue Angle 64/16, Lot. Sekellia
Oulfa Casa - Tél.: 0522 90 71 60

Dr. ZEMMOURI Ahmed-Adil
Chirurgien Urologue
Appart 4, 1er Etage Immeuble 31
Bd. Oum Kalthoum Casablanca
Tel: 0 522 89 36 31

Rendez-vous le : _____

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