

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

Nº W19-475228

ND: 333 86

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule

6235

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

1559,72 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

~~Dr. ZEMMOUKI Ahmed-Aïdil  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er étage imm D31  
Bd. Oum Babia Oulta Casablanca  
tel: 0522.89.38.37~~

Date de consultation :

04/04/2020

Nom et prénom du malade :

JAKIR MOHAMED

Age: 1958

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

TROUBLES UROLOGIQUES

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 : Edra

Le : 04/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
04 04 80	08		300.10.0	INP : 09M45868  Dr. ZEMMOURI Ahmed-Aïd Chirurgien Urologue Appt 2, 1er étage, imm D31

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXCERPTION DES CHÈQUES BANCAIRES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/04/90 759.30-	PHARMACIE CHAUMERABII 00 19

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **BEIJING 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	INP : <input type="text"/>														
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>														
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b>														
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>														
	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B</b></td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		<b>B</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G																		
<b>B</b>																		
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>														
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>														

# عيادة طب وجراحة الكلي والمسالك البولية و التناسلية

Dr. ZEMMOURI Ahmed Adil

Spécialiste  
Chirurgien Urologue



الدكتور احمد عادل الازموري

اختصاصي في طب

وجراحة الكلي والمسالك البولية

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

جراحة الكلي، المسالك البولية و التناسلية ، البروستات

الجراحة بالمنظار، تفتيت الحصى

جراحة الفتق

علاج العقم عند الرجال

04/04/2020

JAKIR MOHAMED

159.30

1- FLOTRAL CP

1 au coucher, . pendant 1 Mois



PHARMACIE OUM FIRABII  
49, Boulevard Oum Rabia Oulfa  
CASABLANCA 10100  
Tél: 0522 89 38 37

Dr. ZEMMOURI Ahmed-Adil  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage Immeuble D31  
Bd. Oum Rabia Oulfa Casablanca  
Tel: 0522 89 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