

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.

Biologie 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.

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

N° P19- 067351

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11443 Société : RAM 50364

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL HLOU AISSA

Date de naissance : 03.04.76

Adresse :

Tél. : 0624225518 Total des frais engagés : 1786 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 / 11 / 2020

Nom et prénom du malade : EL HLOU ANIR Age : 09 mois

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Circoncision

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 : CASABLANCA Le : 26 / 11 / 2020

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
26/11/2020	anonyme		1600,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/11/2020	186,50

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 :

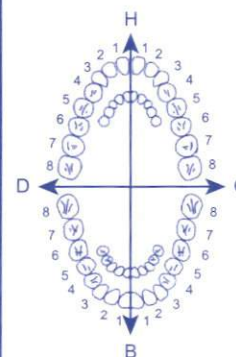
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

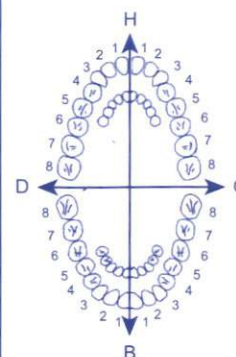
FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. ISMAIL ZARROU

CABINET DE CONSULTATION MEDICALE

GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

UNITÉ DE CHIRURGIE DU CABINET - PARIS SORBONNE

AMAL 2, RUE 12, N°5 S/B CASABLANCA -

URGENCES : 06.44.38.24.31 - BUREAU : 08.08.52.72.09

SANS R.D.V : 9H00-13H00 - SUR R.D.V : 13H00-19H00 -

CONSULTATIONS À DOMICILE - WWW.MASSAHA.COM WWW.DOCTEURZARROU.COM



ORDONNANCE

DATE: 26/11/2020

AGE: 0A8M23J

NOM ET PRENOM: ANIR EL HLOU



MAXICLAV 100 MG / 12.5 MG PAR ML, POUDRE POUR SUSPENSION BUVABLE
PIPETTE DOSE POIDS 3 FOIS PAR JOUR PENDANT 5 JOURS APRÈS REPAS

ENTEROGERMINA 2 MILLIARDS DU 5ML, SUSPENSION ORAL
1 AMP 3 FOIS PAR JOUR AVANT REPAS

DOLIPRANE SIROP
PIPETTE DOSE POIDS 3 FOIS PAR JOUR PENDANT 2 JOURS

EOSINE
UNE APPLICATION CHAQUE CHANGE DE COUCHE

AGIDERM
1 APPLICATION A PARTIR DE J3



Sanofi-aventis Maroc
Rue de Rabat - R.P. 1
Ain Sebaa Casablanca
Enterogermina susp b 10 n
P.P.V: 60,00 DH
6 118001 081657

SIGNATURE



DR. ISMAIL ZARROU

CABINET DE CONSULTATION MÉDICALE

GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

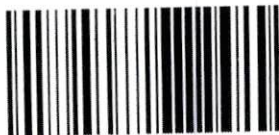
UNITÉ DE CHIRURGIE DU CABINET - PARIS SORBONNE

AMAL 2, RUE 12, N°5 S/B CASABLANCA -

URGENCES : 06.44.38.24.31 - BUREAU : 08.08.52.72.09

SANS R.D.V : 9H00-13H00 - SUR R.D.V : 13H00-19H00 -

CONSULTATIONS À DOMICILE - WWW.MASSAHA.COM WWW.DOCTEURZARROU.COM



NOTE D'HONORAIRES + COMPTE RENDU

DATE: 26/11/2020

AGE: 0A8M23J

NOM ET PRENOM: ANIR EL HLOU

SERVICE:

*POSTHECTOMIE (CIRCONCISION) SUITE A UNE RETENTION URINAIRE EN RAPPORT
AVEC UN VRAI PHIMOSIS
ANESTHESIE DE CONTACT PAR SPRAY
RÉALISATION D UN BLOC PENIEN PAR INFILTRATION DE LIDOCAINE POUR
INSENSIBILISER LA ZONE
DECALLOTEMENT DU PRÉPUCE JUSQU A DÉCOUVERTE DE LA TOTALITÉ DE LA BASE
DU GLAND
SECTION DU FREIN ENSUITE SECTION DU PRÉPUCE PAR LAME DE BISTOURI
ÉLECTRIQUE + HEMOSTASE
FERMETURE DES PLANS PROFOND PAR S/O RESORBABLE POINT DE REPROCHE
CUTANEO MUQUEUX
PRESCRIPTION ATB + ANTALGIQUE + AINS + SOINS LOCAUX*

HONORAIRES:

1600 MILLE SIX CENT DIRHAMS

SIGNATURE