

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-557917

66549

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre

Nom & Prénom : ENNEHAS FOUAD

Date de naissance : 11-06-1963

Adresse : N° C12 CITE LAYA ROUTE D'EL JADIDA CASABLANCA

Tél. : 0664350290 Total des frais engagés : #319,60# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/04/21

Nom et prénom du malade : ENNEHAS FOUAD Age : 57ans

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 : CASABLANCA Le : 09/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

| 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 |
| 09/10/2021                     |                   | 6                     | 6 €                             | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br>[Signature]                   |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                         | Date     | Montant de la Facture |
|  | 09/04/21 | 319.60                |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |
|                                                                                   |          |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                               |      |                                 |                           |
|--------------------------------------------------------|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des Honoraires |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |
|                                                        |      |                                 |                           |

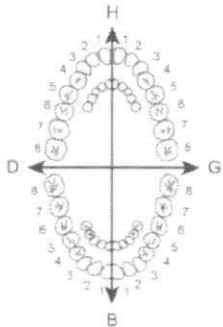
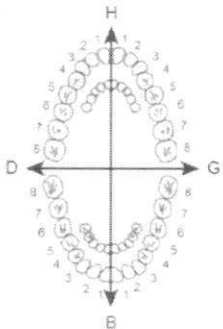
[illegible]

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES                                                                      | Dents<br>Traitées                                                                                                                                                                                                               | Nature des<br>Soins | Coefficient                              | INP : <input type="text"/>                   |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|--|----------|----------|----------|----------|-----------------------------------------|--|----------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
| O.D.F.<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                       |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                     |                                          | H                                            |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B                                       |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                                                                                      | H                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      | 25533412                                                                                                                                                                                                                        | 21433552            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      | B                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>                                   |                     |                                          | G                                            |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |                                              |
|                                                                                      | G                                                                                                                                                                                                                               |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      | 00000000                                                                                                                                                                                                                        | 00000000            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      | 35533411                                                                                                                                                                                                                        | 11433553            |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                 |                     |                                          | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |
|                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                                          |                                              |  |          |          |          |          |                                         |  |                                              |

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 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، تقنيات الحصى

جراحة الفتق

علاج العقم عند الرجال

09/04/2021

M<sup>r</sup> ENNEHAG ROUAD

① OFEKEN 200mg

170.00  
21 x 8  
21 x 8  
21 x 8

② Sepsen 500mg

319.60  
21 x 8  
21 x 8  
21 x 8

LOT 202947  
EXP 11 22  
PPV 170.00 DH

LOT:05820016  
PER:11/2023  
PPV: 74.80 DH

LOT:05820010  
PER:04/2023  
PPV: 74.80 DH

Rendez-vous le :

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