

## 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 rééductions.
  - 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W21-648522

82813

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10.337</u>	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>LAHKIM AHMED</u>
Nom & Prénom :			
Date de naissance : <u>22/07/1962</u>			
Adresse :			
<u>0661311500</u>		Total des frais engagés	<u>362,50</u>
Tél. :		Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : 	
Date de consultation : <u>03/09/21</u>	
Nom et prénom du malade : <u>LAHAKI. I. AHMED</u> Age : <u>1962</u>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>TROUBLES UROLOGIQUES</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
<p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.</p>	

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 : Colombes

... l'adhérent(e) :

Le : 03/09/21

et 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
03/09/2011	03		300,00	INP : 091145862 Dr. ENNABI JURI Ahmed-Adil Chirurgie Urologue Boum Dsi Blanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cahier du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Réf. Ord. Pharm. 11 N° 15 Hay Hassani 89.57.72 - CASA	23.09.22	62,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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																			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>															
				Coefficient des travaux <input type="text"/>															
				Montants des soins <input type="text"/>															
				Début d'exécution <input type="text"/>															
				Fin d'exécution <input type="text"/>															
	O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <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 colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		G		35533411	11433553
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D																		
	B																		
G																			
35533411	11433553																		
		Coefficient des travaux <input type="text"/>																	
		Montants des soins <input type="text"/>																	
		Date du devis <input type="text"/>																	
		Date de l'exécution <input type="text"/>																	

# 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

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

جراحة الكلي، المسالك البولية و التناسلية، البروستات

الجراحة بالمنظار، تفتيت الحصى

جراحة الفتق

علاج العقم عند الرجال

03/09/2021

LAHKIM AHMED

62,50

## 1- URISPAS Cp

1 Matin et 1 Midi et 1 Soir, après les repas , pendant 7

Jour(s)



62,50



LOT 210764  
EXP 03/2024  
PPV 62.50

62,50



Dr. ZEMMOURI Ahmed  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage imm 031  
Bd. Oum Rabia Oulfa Casablanca  
Tél: 0522.892261

Rendez-vous le :

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