

# 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 : [adhession@mupras.com](mailto:adhession@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 :

8362

Société :

ND 59

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

MOUSSA KHALIL

Date de naissance :

17/07/64

Adresse :

80 Rue Hassan Ben Sallam CASA

Télé. :

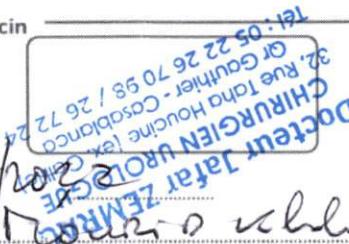
0661 338657

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/11/2022

Nom et prénom du malade :

Moussa Khalil

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

maladie

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 :

05/11/2022

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Moussa Khalil



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
19/7/2022	6		3000 dh.	DR. M. A. BLOD GELIE 19/7/2022 32, RUE TONDO HOUCEUR - CASABLANCA CHIRURGEN IN HOSPITAL DOCTEUR JAHIR GOUHIER 26 70 98 / 26 72 24
19/7/2022	6		5000 dh.	DR. M. A. BLOD GELIE 19/7/2022 32, RUE TONDO HOUCEUR - CASABLANCA CHIRURGEN IN HOSPITAL DOCTEUR JAHIR GOUHIER 26 70 98 / 26 72 24

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE DE LA CITE</i>	19/07/22	459,90

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

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.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> (List of treated teeth)	<b>Nature des Soins</b> (Nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (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"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**Chirurgien Urologue**

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Assistant - Chef de Clinique  
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Génito Urinaires  
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénale  
Echographie - Circuncision - Andrologie  
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

**INPE**  
**091141309**

**الدكتور جهير زمراد**  
جراحة المسالك البولية والتناسلية

خريج كلية ننسى (فرنسا)  
رئيس سابق لمصلحة جراحة الكلية  
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسى  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية  
عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le

١٥/٠٧/٢٠٢٢

## ATTESTATION DE PERCEPTION D HONORAIRES

Je soussigne DR ZEMRAG JAFAR certifie avoir examiné ce jour  
Mr MOURID KHALIL et avoir perçu comme honoraire  
pour consultation et échographie la somme de SEPTS cents dhs (700dhs).  
Délivré à la demande de l'intéressée pour servir et faire valoir ce que de droit.

*Dr. Jafar ZEMRAG*  
**CHIRURGIEN UROLOGUE**  
52 R. Taha Housine Casablanca  
Dr. Gauthier Casablanca  
Tel: 0522 26 70 98 / 0522 26 72 24

Docteur Jafar ZEMRAG  
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Assistant - Chef de Clinique  
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Génito Urinaires  
Lithotritopie Extracorporelle - Greffes Rénale  
Echographie - Circoncision - Andrologie  
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمالة  
جراحة المسالك البولية والتناسلية

## جامعة الملكيّة و التناصليّة

## خريج كلية نسائية (فنيا)

## رسالة رئيس مجلس إدارة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بتنسی  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية

أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية  
عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le

19/7/2022

1 round white

$$153,30 \times 3 = 459,90$$

Perrixon

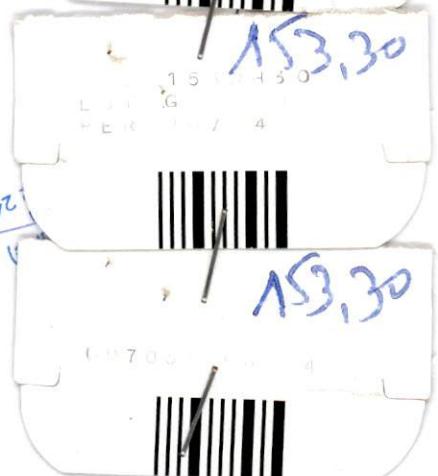
Class 6 ~~Aug~~ 2008

13,30

21

March

**PHARMACIE POPULAIRE**  
DU MONDE  
LAHLI Pharmaciens  
d'Alsace  
Lahli Pharmacie & Bd d'Alsace  
Omar Riffi & Bd d'Alsace  
Omar Hadj Tél: 05 22 22 17 04  
Angle Rue Hadj Tél: 05 22 22 17 04  
Création: Lahli



nom : MOURID Opérateur : Dr.J.ZEMRAG  
prénom : KHALIL  
date de naissance : 17/07/1964 date d'examen : 19/07/2022

TYPE: COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE

INDICATION : Prostatisme

<u>HAUT APPAREIL URINAIRE :</u>	Rein droit	Rein gauche
Dimension :	9.04/3.82	8.40/5.11
Différenciation corticomédullaire :	Bonne	Bonne
Syndrome tumoral :	Non	Non
Dilatation pyélocalicielle :	Non	Non
Lithiase :	Non	Non

VESSIE :

Epaisseur : Normale  
Diverticule : Non  
TV : Non  
Résidu : Non  
Calcul : Non

ECHOGRAPHIE PROSTATE

Taille : Normale  
Echostructure : Homogène

CONCLUSION : Reins normaux  
Vessie normale  
Prostate de taille normale et homogène

Dr JAFAR ZEMRAG  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
32, Rue Théodore Houssier, Casablanca  
Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24  
Dr Gauthier Casablanca