

## 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
- 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° W21-685118

196993

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12435      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre

Nom & Prénom : ZAOULI ELMOSTAFA

Date de naissance : 21/09/83

Adresse :

Tel. : 0662763923      Total des frais engagés : 1680,60      Dhs

Vair

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : 09/06/2022

Nom et prénom du malade : ZAOULI Mohamed-Amine      Age : 23 02 2022

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : circoncision phimosis

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

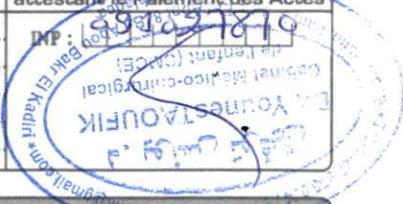
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

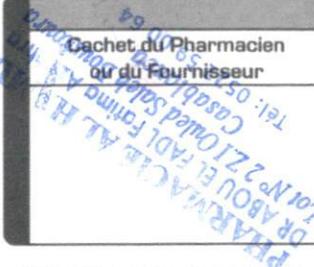
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : casa      Le : 09/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

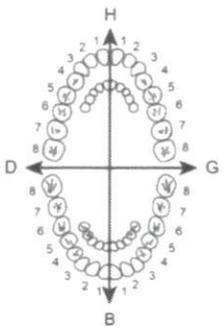
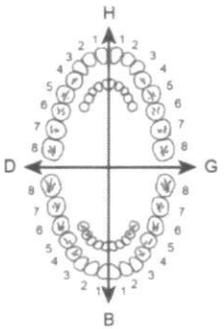
R M

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
09.06.22	cf. annexion ph. m. o. s. s.		1500 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/06/22	180,60

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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 canalaires, 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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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

**Dr. Taoufik Younes**

Chirurgie infantile

Chirurgie viscérale

Traumatologie-orthopédie

circoncision

Casablanca le : ..... 09/06/2022 ..... : الدار البيضاء في

-Nom, Prénom : ..... ZAOULI mohamed ..... Amine.

**د. يونس توفيق**

جراحة الأطفال

الجراحة الباطنية

جراحة العظام و المفاصل

الختان



Phimosis sévère devenu gênant  
sur le plan fonctionnel et ayant  
nécessité une libération par  
circoncision





## NOTE D'HONORAIRES

**Le Docteur Younes TAOUFIK**

A l'honneur de présenter ses compliments à Mr/Mme ZAOU.LI Mohamed-Amine.

Et lui adresser selon l'usage sa note d'honoraires.

Soit la somme de : Mille cinq cent Dirhams (# 1500 DH #)

Casablanca, le 09.06.2022



Dr. Taoufik Younes

Chirurgie infantile

Chirurgie viscérale

Traumatologie-orthopédie

circoncision



د. يونس توفيق

جراحة الأطفال

الجراحة الباطنية

جراحة العظام و المفاصل

الختان

Casablanca le : 2022 - 06 - 09 : الدار البيضاء في

Nom, Prénom : .....

32100 ZAouli MARIADA Aoune

1<sup>er</sup> E-sine opense spray

140100 2cm x 2cm

2e Meso

800 2cm x 2cm

3 Polime 1cm

1cm x 3cm

2e Vaseline neutro



PHARMACIE AL HAMD  
DR ABOU EL FADL FATIMA BOU  
Lot No 2 ZI  
Casablanca  
Tél: 0522 55 00 64

RIFOSINE  
SPRAY 50 ml  
PER Jarit 2025 PPV  
LOT: 000209/01 32.00 DH  
LABORATOIRE PRODISH/AR



RIFOSINE® Spray  
Flacon 50 ml

مرهم  
بخالصة الأعشاب  
30 غرام

Handwritten signature

وفيسور/ زو رونجزينج .

B.No.: 0946  
MFG.: 06 2021  
EXP.: 06 2026

2.2

Handwritten mark