

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0030907

181959

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4470 Société : R. A. M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : S.A.Y.A.S.H - Rebonane.

Date de naissance : 03/03/1960.

Adresse : Habibine

Tél. : 06.13.03.84.22 Total des frais engagés : 636,140 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

##### Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/11/2023

Nom et prénom du malade : SAYASH Rebonane Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Telle maladie

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 09 NOV 2023

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 : 09/11/2023.

Le : 09/11/2023.

S: [Signature]

## 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.

### 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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/11/23        |                   | Cs                    | 300,00                          | Dr. ZEMMOURI Ahmed Adil<br>Chirurgien Urologue<br>Rue 1, 1er Etage Immeuble Kasbah<br>Bd. Oum Rabia, Casablanca<br>Tél: 05 22 93 20 78 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE HAY EL<br>Dr. EL MABROUKI H.<br>1, Bd. Oum Rabia Oujda - Casablanca<br>Tél: 05 22 93 20 78 | 04/11/23 | 334,40                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

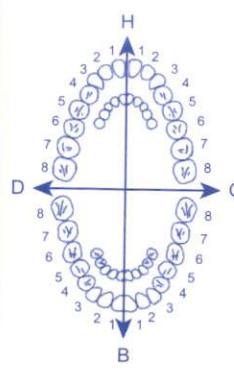
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

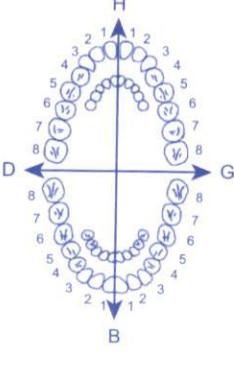
| SOINS DENTAIRES                                   | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
|   |                |                  |             |                         |
| MONTANTS DES SOINS                                |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
| DEBUT D'EXECUTION                                 |                |                  |             |                         |
| FIN D'EXECUTION                                   |                |                  |             |                         |
| CCEFFICIENT 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 |                |                  |             |                         |



ODF PROTHESES DENTAIRES

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 35533411 | 11433553 |

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



# 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

جراحة الكلي، المسالك البولية و التناسلية، البروستات

الجراحة بالمنظار، تقوية الحصن

جراحة الفتق

علاج العقم عند الرجال

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

213,00  
191,40

1- UMAX 0.4 mg cp

1 au coucher, pendant 3 Mois

334,40.

04/11/2023

S.V

PHARMACIE HAY EL MATAR  
Dr. EL MABROUKI Hakim  
1, Bd. Oum Rabia Oulfa - Casablanca  
Tél.: 05 22 93 20 25

Dr. ZEMMOURI Ahmed-Adil  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage Imm D21  
Bd. Oum Rabia Oulfa Casablanca  
Tél: 05 22 89 38 37

Rendez-vous le:

Tél.: 05 22 89 38 37 - Adresse : Appartement 2 Etg 1 immeuble 31

Opération Firdaous Boulevard Oum rabia Oulfa CASABLANCA

LOT 231239  
EXP 03/2025  
PPV 121.40DH

LOT 231389  
EXP 04/2025  
PPV 213.00DH