

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 canaux, 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 canaux.

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- 0045744

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8814 Société : 189085
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KAMALI YOUSSEF
Date de naissance : 21-12-85
Adresse : 19 Rue Des Flamants N°3 RIVIERA CASABLANCA
Tél : 0661456661 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/12/23
Nom et prénom du malade : KAMALI AGA Age : 27/7/03
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Tube digestif
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 26/12/23 | | 3 | 3.00 dh | <p>Docteur HANANI Fouad</p> <p>Médecin de Spécialité</p> <p>Gastro-Entérologie - Proctologie</p> <p>Clinique Zarhoun - Rue de Reims</p> <p>31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)</p> <p>Mers El Kharb - Casablanca</p> <p>Tél: 05 22 77 27 11 / 05 22 77 27 12</p> |
| 26/12/23 | | | 1000.00 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

26.12.23

102,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

26.12.23

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

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.

Important :

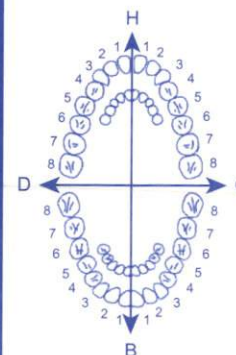
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552

00000000 00000000

D G

00000000 00000000

35533411 11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT 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



Docteur HAMDANI Fouad

ORDONNANCE

Casablanca le : 26/12/23

امراض الجهاز الهضمي
وامراض الكبد

GASTRO-ENTEROLOGIE

HEPATOLOGIE

- الفحص بالمنظار

- Endoscopie Digestive

- تنظير المعدة

- Fibroscopie

- تنظير القولون

- Coloscopie

امراض وجراحة الشرج

PROCTOLOGIE

MEDICO-CHIRURGICALE

- البواسير
- Hemorroides

- الناسور الشرجي

- Fistule anale

- الشق الشرجي

- Fissure anale

الجراحة العامة والمنظارية

- CHIRURGIE GÉNÉRALE

- COELIO-CHIRURGIE

Dr. Kamil Sy

ZYRDOL 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPU 29DH00
EXP 06/2026
LOT 35035 2

- Zydol 500
29, - 1 cp x 2 / 7,
x2

ZYRDOL 500 mg 20 comprimés pelliculés

PPU 29DH00
EXP 06/2026
LOT 35035 2

- Examine a presc
30, -

1- cp x 2 / 7,

- Doliprane 1000

14, - 1 cp / 12 heures

Docteur HAMDANI Fouad
Médecin Spécialiste
Gastro-Entérologie - Proctologie
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casa

PPV: 14DH00
PER: 09/26
LOT: M3082

5 = 1021

CLINIQUE ZARHOUN



مصحة زرهون

Dr

Casablanca, le : 26/12/2023

ORDONNANCE

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur HAMDANI

prie M^{elle} KAMALI AGA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires
pour

s'élevant à la somme de 400.00 DHS

DOCTEUR HAMDANI Farid
M.D. Spécialiste
Généraliste - Proctologie
Clinique Zarhoun - Rue Zarhoun - Casablanca

CLINIQUE ZARHOUN

Casablanca 26 DECEMBRE 2023

MEDCIN TRAITANT : DR HAMDANI

IDENTIFIANT COMMUN 001752560000002

FACTURE N 85312/2023

NOM : MELLE KAMALI
PRENOMS AYA

DATE D'ENTREE 26/12/2023

DATE DE SORTIE 26/12/2022

RAIS CLINIQUE

Abcès pilonidal

INCISION LOCAL

PART CLINIQUE

600.DH

FRAIS HONORAIRES

HONORAIRES DR HAMDANI

400.00DH

TOTAL GENERAL

1000.00DH

MILLE DIRHAMS 00 CTS

PAYE PAR ESPECE

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 27 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax : 05 22 27 80 75

COMPTE RENDU OPERATOIRE

DATE D'INTERVENTION : 26/12/2023

MEDECINS TRAITANT : DR HAMDANI

NOM : MELLE KAMALI
PRENOM : AYA

NATURE DE LA MALADIE : Abscess pilonidal rétro- sacro coccygien .

COMPTE RENDU

; badoyonnage à la bétadine , anesthésie locale
A la lidocaïne, incision d'environ 1,5 cm avec
issue de pus , pansement compressif.

Docteur P. Fouad
M.D.
Gastro-Entérologie
Clinique Zarhoun - Casa