

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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)

22602

## Déclaration de Maladie : N° S19-0048045

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12.145

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Youness AGZID Date de naissance : 16/01/1978

Adresse : 117. Bd Bourgogne CASA

Tél. : 0664.718336

Total des frais engagés :

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. ZEMMOUDI Ahmed  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage Imm 321  
Bd Oum Rabia Soufa Casablanca  
Tél: 0522.891287

Date de consultation : 09/03/2021

Nom et prénom du malade : AGZID YOUNESS Age : 43

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : TRROBLBS UROLOGIQUES

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 : 09/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Y.A.G

### 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
09/07/26	V. dentaire	en 2 jet	9 006,19	NEUROCLINIQUE ASALIANCA Angle Rue de l'Industrie et Rue N° 2 Quartier Bouzguen Tel: 0522 82 11 11 INP: 09 000 489

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
RDCM N° 126	09/07/26	665,80

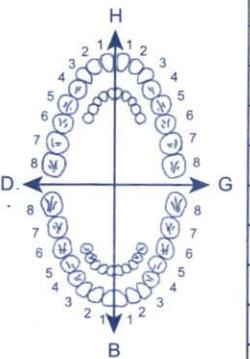
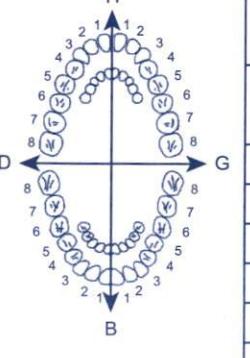
### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.				
Important : 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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				



مصحة الجهاز العصبي  
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le : 09/03/24

Le Docteur : ZEMMOURI

prie M AGZID YOUNESS

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

K 90

S'élevant à la somme de 4050,- Dhs.

Dr. ZEMMOURI Ahmed Adil  
Signature :  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage Imm D31  
Bd. Oum Rabia Oulfa Casablanca  
Tél: 0944.09.38.37



مصحة الجهاز العصبي  
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le :

09/03/24

Le Docteur :

Dr. LEMTIRI Hassan  
Anesthésiste Réanimateur  
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

prie M

AGZID YOUNESS

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

K45

S'élevant à la somme de

1125,

Signature :

Dr. LEMTIRI Hassan  
Anesthésiste Réanimateur  
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA



# مصحة الجهاز العصبي

## NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 05/03/24

Docteur :

M<sup>r</sup> AG 280 Youssef

24,80
LOT: 053230-L3
PER: 10/2026
PPV: 74,80 DH
34,80
LOT: 053230-L3
PER: 10/2026
PPV: 74,80 DH

34,80

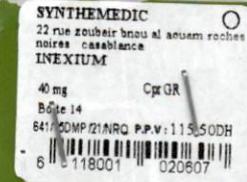


L 0875
P: 12/26
PPV: 125,00 DH

SYNTHEMEDIC
22 rue eau bleue au niveau rez de chaussee
noires Casablanca
1NEXUM
40 mg.
Bouteille 14
Op GR
641150MP/21NRQ P.P.V: 115,50DH
6 118001 020807

Dr. ZEMMOURI Ah  
Chirurgien Uro  
Appart 2, 1er Etage immeuble D31  
bd. Oum Rabia Oufira Casablanca  
Tél: 0522 89 38 37

669,80





# مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, Le .....

## COMPTE RENDU OPERATOIRE

NOM ET PRENOM : M<sup>r</sup> AGZAAI Youssef

Date d'intervention : 09/03/2024

Diagnostic : Varicocele filaire

Chirurgien : Dr ZEMMOURI

Anesthésiste : Dr HAFZ

- Sur cathéterisme, p<sup>o</sup> ARB, malade en deuil de son
- Ensuite : ligation gauche, ouverture du sac frénosélique, réparation de la veine spermatique gauche qui est logée et pertinente.
- Fissure
- Zéro du côté droit.
- Variçolectomie filaire faite

DR. ZEMMOURI Abdellatif-Adil  
Chirurgien Urologue  
Appt 2, 1er Etage Imm D22  
Bd. Oum Rabia - Casablanca  
Tél: 0522.88.33.33



# مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, Le

9 MAR 2024

## Facture N° 24/0221

Med Tr. : DR ZEMMOURI  
Date Entrée 9 MAR 2024  
Date de Sortie 9 MAR 2024  
N° Affiliation  
Matricule N°  
N° PEC

AGZID YOUNESS

Bénif.

\*

L i b e l l e	Quantité	Prix U.	Montant
CHAMBRE	1	600,00	600,00
AIDE MEDICALE INFIRMIER	1	150,00	150,00
PERFUSION	1	150,00	150,00
BLOC OPERATOIRE K90	90	25,00	2250,00
PHARMACIE			
** Total Clinique **			681,19
ANESTHESISTES K45		1125,00	1125,00
DR.ZEMMOURI K90		4050,00	4050,00
** Total Honoraires **			5175,00
Total Général			9.006,19

Arrêtée La présente Facture à la somme de :

Neuf Mille Six Dirhams Dix Neuf Centimes

Paiement par:

<input checked="" type="checkbox"/> Espace	N°
<input type="checkbox"/> Chèque	Bq
<input type="checkbox"/> Effet	
<input type="checkbox"/> Virement	
Le: 09/03/24	
Montant: 9006,19	

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA  
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2  
Quartier Bagatelle - Casablanca - Polo  
Tél: 0522 82 11 11 - Casablanca  
INP: 090004094



# مصحة الجهاز العصبي

## DETAIL PHARMACIE

### NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

L i b e l l e

VICRYL 0 CR 30 mm  
G5% 500 ml POCHE  
SERUM SALE 500 ML/BT12 FLA  
OEDES 40 MG INJ B/5  
ACUPAN 2 ML INJ  
PERFALGAN 1 G INJ / B12  
VICRYL 3/0 CR 26 mm  
COMPRESSE  
LAME DE BISTOURI N° 24  
GANTS 7.5 STERILE  
TRIAXON 1 G INJ  
SERINGUE 10 CC  
AIGUILLE DE RACH.G25 ORANGE POINT CRAYON  
BUPIVACAINE RACHIANESTHESIE 5 MG B/20  
MIDAZOLAM 5 MG/5 ML INJ  
ELECTRODE ECG  
PERFUSEUR  
INTRANULE VERTE G 18

	Qté	Prix U.	Montant
Casablanca, Le			
VICRYL 0 CR 30 mm	1,00	71,00	71,00
G5% 500 ml POCHE	1,00	25,60	25,60
SERUM SALE 500 ML/BT12 FLA	2,00	18,72	37,44
OEDES 40 MG INJ B/5	1,00	49,80	49,80
ACUPAN 2 ML INJ	1,00	10,18	10,18
PERFALGAN 1 G INJ / B12	1,00	30,08	30,08
VICRYL 3/0 CR 26 mm	2,00	71,00	142,00
COMPRESSE	20,00	4,00	80,00
LAME DE BISTOURI N° 24	1,00	1,70	1,70
GANTS 7.5 STERILE	3,00	0,14	0,42
TRIAXON 1 G INJ	2,00	66,80	133,60
SERINGUE 10 CC	3,00	1,20	3,60
AIGUILLE DE RACH.G25 ORANGE POINT CRAYON	1,00	40,00	40,00
BUPIVACAINE RACHIANESTHESIE 5 MG B/20	1,00	23,90	23,90
MIDAZOLAM 5 MG/5 ML INJ	1,00	7,87	7,87
ELECTRODE ECG	3,00	3,00	9,00
PERFUSEUR	1,00	10,00	10,00
INTRANULE VERTE G 18	1,00	5,00	5,00
<b>Total</b>			<b>681,19</b>

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA  
Angle Rue de l'Isere et Rue N° 2  
Quartier Bagatelle - Babes - Polo  
Tel: 0522 82 11 11 - Casablanca  
INP: 090004094