

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Declaration de Maladie

N° W21-812129

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13031 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HSSIK Hamza

Date de naissance : 06/02/1992

Adresse : 7047

Tél. : 0623 07 8785 Total des frais engagés : 3580,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la 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 : Casablanca

Le : 31 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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						
23/07/23	K32 + 21		3580	INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
24/07/23										

[illegible]

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

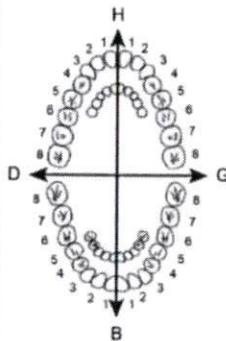
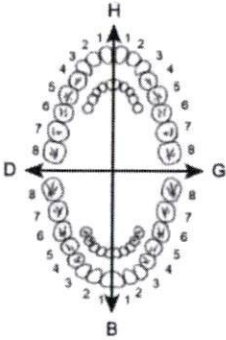
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			
	<input type="text"/>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP: | | | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by piers. The piers are numbered 1 through 8 on both sides of the central axis. The central axis is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The left side of the bridge is labeled 'D' and the right side is labeled 'C'.

O.D.F.
PROTHESES DENTAİRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A frontal view of a human skull with numbered landmarks for cephalometric analysis. The landmarks are: 1 (Sella), 2 (Articulare), 3 (S1), 4 (S2), 5 (S3), 6 (S4), 7 (S5), 8 (S6), 9 (S7), 10 (S8), 11 (S9), and 12 (S10).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) NOM et Prénom :

ISSIK HAMZA

2) Date de la constatation de l'état du malade :

23.07.23

3) Renseignements cliniques sommaires :

Fracture ouverte L₂
du ponce OA

4) Traitement envisagé et actes :

Chirurgical

en brochage

K30 + 20%

5) Durée prévisible du traitement :

A Casa Le 23.07.23

Dr. Issam GUERROUJ
Signature
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerketouni (F) Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 24.07.23

HSSi HAMZA

CRα :

Mise en place d'une
broche du poignet
gauche

CLINIQUE ZERKTOUNI
D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou
- Casablanca -

CLINIQUE ZERKTOUNI

D'ORTHOPEDIE -TRAUMATOLOGIE
Téléphone : 05 22 25 33 00 et 05 22 25 33 36
Fax : 05 22 99 21 21
CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 23/07/2023 Heure 08:44

Nom et Prénom du patient Mr HSSIK HAMZA

Age ou Date Naissance 32 - 06/02/1992

N° Cin du patient ou du tuteur BE848132

Adresse CASABLANCA

Téléphone 06 23 07 87 85

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant ISSAM GUERROUJI

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1

Motif d'hospitalisation ACTE I

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 24/07/2023

Heure 15:39

Durée d'hospitalisation (jours) 1

Nom et prénom du signataire

Signature

PROMEDIC S.A.R.L
G08, Résidence les perles de
Casablanca
Casablanca
Maroc

CLINIQUE ZERKTOUNI
Boulevard 9 Avril, Maarif 20250, Maroc
ICE : 001611954000075
CASABLANCA

Patient : HSSIK HAMZA

Facture 17649

Date de facture:

23/07/2023

Description	Quantité	Prix unitaire	Remise (%)	Taxes	Montant
[138.16.300] BROCHE DE KIRSCHNER DOUBLE TROCAR DIA 1.6*300 MM	1	83,33	0,00	TVA 20%	83,33 Dhs
Total HT					83,33 Dhs
Taxes					16,67 Dhs
Total					100,00 Dhs

Taxes	Base de calcul	Montant
TVA 20%	83,33 Dhs	16,67 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE: Cent Dhs zéro Centime





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

CHIRURGIE RÉPARATRICE DES OS ET DES ARTICULATIONS
ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE - CHIRURGIE DES RHUMATISMES - CHIRURGIE VERTÉBRALE
ARTHROSCOPIE - CHIRURGIE PLASTIQUE ET DE LA MAIN - MÉDECINE DU SPORT

F A C T U R E

Casablanca, le :

N° : 315 R / 2023 du 24/07/2023

ACTE I

Nom patient **HSSIK HAMZA**

Entrée 23/07/2023

PAYANT

Sortie 24/07/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT SELON BAREME ASSURANCE	1,00	K30+20%	2 420,00	2 420,00
RADIO	1,00		400,00	400,00
AMPLIFICATEUR DE BRILLANCE	1,00		660,00	660,00
MATERIEL	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	3 580,00
Total Clinique				3 580,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS	Total 3 580,00

CLINIQUE ZERKTOUNI
D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE
Angle Bds. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril
Casablanca



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

CHIRURGIE RÉPARATRICE DES OS ET DES ARTICULATIONS
ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE - CHIRURGIE DES RHUMATISMES - CHIRURGIE VERTÉBRALE
ARTHROSCOPIE - CHIRURGIE PLASTIQUE ET DE LA MAIN - MÉDECINE DU SPORT

Casablanca, le :

Compte Rendu Opératoire

Nom : HSSIK

Prénom : HAMZA

Chirurgien : Dr ISSAM GUERROUJI

Anesthésiste : Dr EL AIASSI

Aide : HANANE+KENZA

Date intervention : 23/07/2023

Diagnostic :

- Fracture ouverte P2 du pouce gauche

Intervention :

- Anesthésie générale
- Décubitus dorsal
- Réduction foyer de la fracture
- Mise en place de broche
- Contrôle sous amplificateur de brillance
- Suture d'ongle
- Pansement stérile

Dr. Issam Guerrouji
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou
Tél : 06 61 26 93 01