

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 9403		Société : R.A.M.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	<i>N 74628</i>
Nom & Prénom : BENLEMNIH YASSINE			
Date de naissance : 17/01/1973			
Adresse : LOT CENTRAL PARC N° 16 BOUSKOURA			
Tél. : 06 63 608 602	Total des frais engagés : 2138 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 19/08/2023			
Nom et prénom du malade : ZINE EL ABIDINE IBTESSAME Age: 47 ANS			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <i>Entorse latérale de la cheville</i>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces 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* Service Bds 9/08/2023 Le : *08/10/2023*

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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
19/08/23	CLINIQUE D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE Service Consultation Angle Bd 9 Avril et Med Abdou	INP		DR. MOUNIR BIROU Chirurgies Orthopédie Clinique Zerkouni (C) Casablanca Angle Bd 9 Avril et Med Abdou

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZERKOUNI Casablanca Boukoura n° 292 59 03 81	19/08/23	PHARMACIE ZERKOUNI Casablanca Boukoura n° 292 59 03 81 138,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires.
1	19/08/23	RX 30,6 Dhs	CLINIQUE D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE Service Consultation Angle Bd 9 Avril et Med Abdou

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV
19/08/23	Thérapie orthopédique peu Botte Plastique 19/08/23 Semelle de marche	10	10	10	10

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'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
CŒFFICIENT DES TRAVAUX				
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552	G	
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000	B	
	35533411	11433553		
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

19108123

Mézine Elabidine IBRAHIM

14,00 ♂

PPV:14DH00
10/02

PPV:
EXP:
Lot N°:

47.80 DH
03/25
L0217

$\lambda \neq 3$

478
②

Dasen $\wedge \mu + 3$ $\left(\begin{matrix} \omega \\ 0 \end{matrix} \right)$

3

Note d. 4 ml.

7620

my sic (21)

AB38,00

6 118001 030408
O VOLTAREN® SR 75 mg
Comprimés enrobés

El Aanayez 75
Dr. Mounir BIROUNI
Chirurgies Orthopédiste
Clinique Zektaoui (C) Casablanca
N° 10 Bds 9 Avril et Med Abdou



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

19/08/2023

Facture CZ 4018/23

Mme ZINE EL ABIDINE IBTISSAM

Consultation	Gratuite
Radiographie	300 DH
Traitements orthopédiques	
Par botte plâtrée	1400DH
Semelle de marche	300DH
TOTAL	2000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme

// Deux mille Dirhams //





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

19/08/23

Mme LINE ELABIDIINE
IBTISSAME

Semelle de marche





مصحة الزركوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

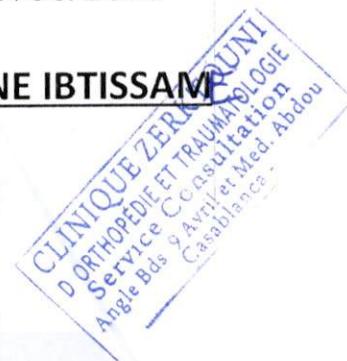
- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

19/08/2023

Mme ZINE EL ABIDINE IBTISSAME



Incidence :

- Cheville gauche face+profil

Compte rendu radiologique :

Pas de luxation ni fracture.





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) NOM et Prénom :

Houcine ELABIDINE FBTissime

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

19/08/23

3) Renseignements cliniques sommaires :

Entorse de la cheville gauche

4) Traitement envisagé et actes :

traitement orthopédique
par Botte plâtrée

5) Durée prévisible du traitement :

A Casablanca Le 19/08/23

Signature

