

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.  
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002642

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 472 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : F. LALI ANSARY HASSAN

Date de naissance : 1942

Adresse :

Tél. : 0661 694998 Total des frais engagés : 2756,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/20

Nom et prénom du malade : BENISANIA Kebric Age : 1960

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Fracture pélobrachiale de l'humérus gauche

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 : Casa Le : 23/12/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/12/2020      |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

4, Route 1033,  
Douar Laarissate  
Oulad Mellouk  
LAHRAOUINE  
Tel: 222 38 97 75

Date: 23.12.2020 Montant de la Facture: 2856,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaux, ainsi que le bilan de

| 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  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                     | H                  |                         | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                           | H  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 25533412   | 21433552            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | D  | G                   |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 00000000   | 00000000            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | 35533411   | 11433553            |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | B  |                     |                    |                         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |                         |
|                           | <p>(Création, remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |                     | 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





مصلحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE.

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 23.12.2020

BENKANIA KEBIRA

① Andol  
141,50 n - o - n



Lot N° :  
A lot. n° :  
PPV (DH) :  
141,50

② Spectrum 500  
149,50 n - o - n

LOT 200754  
EXP 06/2023  
PPV 149.50DH

③ Oedex 200  
52,80 n - o - n

LOT 191742  
EXP 07/2022  
PPV 52.80DH

④ Noverex 2,4  
20x132400  
2356,80  
Pharmacie Nouvelle Medina  
4, Route 983,  
Douar Laarissa  
Douar Mellouk  
LAHRAOUINE  
30800, Casablanca

DR ISSAM GUERZOU  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni - Casablanca  
Angle Bd 9 Avril et Med. Abdou





132,00

132,00

132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00