

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

cique :

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 réeducations.

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Matricule : DT.OU Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BADRANE Abdellah

Date de naissance : la même

Adresse : Mutuelle

Tél. : 0661 2357 61 Total des frais engagés : 1269,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/07/21

Nom et prénom du malade : BADRANE Abdellah Age :

Lien de parenté : Famille Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Arthrose lombaire

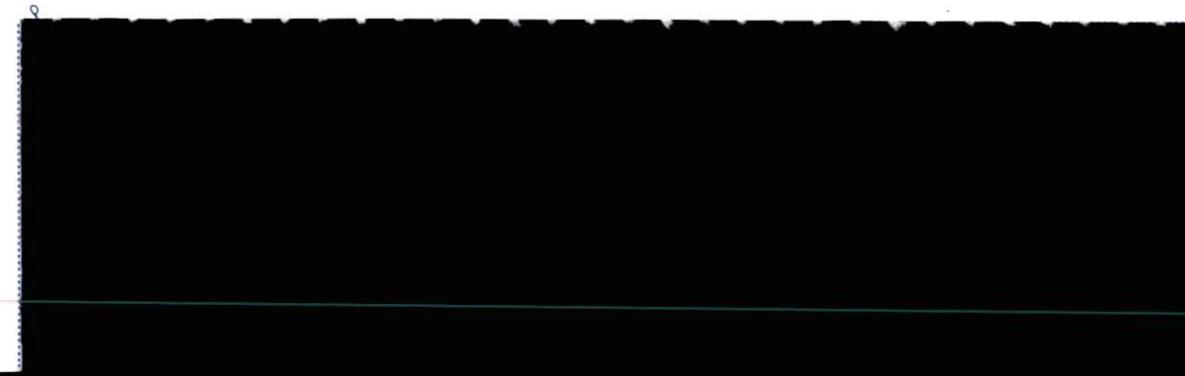
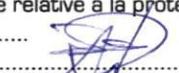
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Caserne Le : 23/07/21

Signature de l'adhérent(e) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/07/2021 | S | | 300 | <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> |
| 07/07/2021 | Q | 6 | | <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|--------|-----------------------|
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | 7-7-21 | 4940 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | 06/07/2021 | RX | 400 |
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | 06/07/2021 | 12 | 500 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

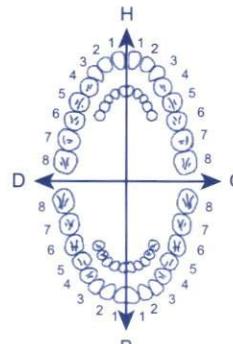
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | | | | | | |
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | | | | | | |
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | | | | | | |
| <i>[Handwritten signatures and stamp]</i> | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

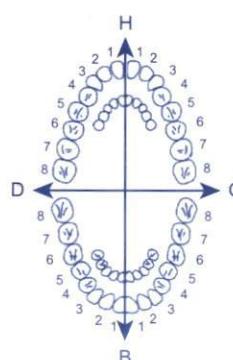
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

| 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

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 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 والمفاصيل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 02.52.14

AB DELITALL
BARDZANE
flex 21F

31.12.20 - flex 21F

13.90 Dhs x 2 g

13.90 Afik

Total: 13,90 DH

LOT 212101
EXP 02/23
PPV 36DH20
EXP 02/23
PPV 36DH20

PHARMACIE GARD OASIS
152, Bis Route de l'Oasis
Casablanca - 0522 99 02 84

LUI 212091
EXP 03/24
PPV 13DH20

Dr. Mohamed LEMSEFFER
en Orthopédiste
Casablanca
Al dou

Dr. Mohamed LBNIEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni Casablanca
Angle Bds. 9 Avril & Med. Akdim



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

06/07/2021

Facture N° 7560/21

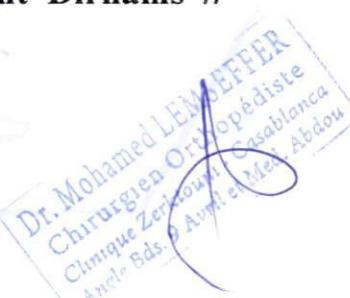
Mr BADRANE ABDELHAK

| | |
|--------------|--------|
| Consultation | 300 DH |
| Radiographie | 400 DH |

TOTAL 700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de

//Sept Cent Dirhams //



CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BMCI Agence Val d'Anfa-casa
Patente : 34770967 LF 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 06/07/2021

Facture

Nom & Prénom : **BADRANE ABDELHAK**

Date d'examen : 06/07/2021

| Examen(s) | |
|--------------------|--------|
| ECHOGRAPHIE EPAULE | |
| Montant TOTAL | 500 DH |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 06.07.21

M. BAO RONG ABDELNACK

- Edussifé 1 église
P de aout 2 église
post opératoire en 6j
→ ne 1 à la LPB.

DR MOHAMED MAARIE
BP 10000
TÉL: 0522 25 74 82
FAX: 0522 33 77 05

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou



مصحة الزركوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

06/07/2021

Mr BADRANE ABDELHAK

Incidence :

- Epaule droite de face+profil

Compte rendu radiologique

- Avenue J. Ben M'hamed
Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou

R/S

Casablanca , le 06/07/2021

*Mr. BADRANE ABDELHAK
DR LEMSEFER MOHAMED*

ECHOGRAPHIE DE L'ÉPAULE :

- On note la présence d'une rupture du tendon sub scapulaire associée à un épanchement entre les deux berges.
 - Absence de signe en faveur d'une luxation de la longue portion du biceps qui reste située au niveau de la gouttière bicipitale.
 - Epanchement intra-articulaire et de la bourse sous acromio-deltoidienne.
 - Aspect de tendinopathie du sus épineux avec une plage hypoéchogène mais sans signe de rupture.
 - Pas de l'infra-épineux.

AU TOTAL:

- **ASPECT ECHOGRAPHIQUE EN FAVEUR D'UNE RUPTURE DU SUB SCAPULAIRE AVEC EPANCHEMENT INTRA-ARTICULAIRE.**
 - **TENDINOPATHIE SUS EPINEUX SANS SIGNE DE RUPTURE**

Avec mes amicales salutations.