

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0012184

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6622 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

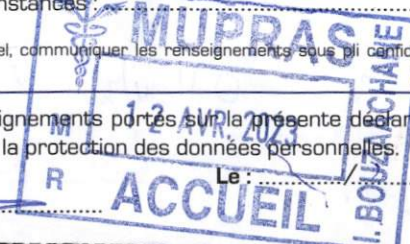
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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)



# 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
07/04/23	cs		300	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANASSER Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél: 741 222 222	07/04/23	164,20

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CLINIQUE ZEKROUN D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE Service Consultation Angle Bds 9 Avril et Med Abdou	07/04/23	500 Re	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

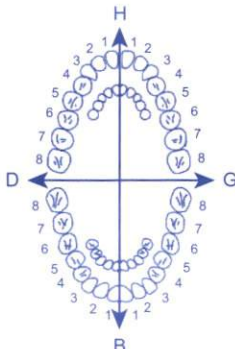
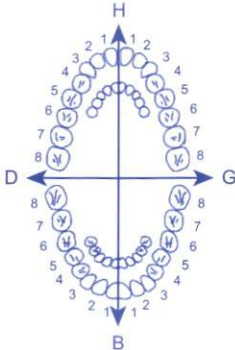
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CLINIQUE ZEKROUN D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE Service Consultation Angle Bds 9 Avril et Med Abdou	07/04/23		ECG			20

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

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 : 08/04/23

Mme EZZAKI Mina

①

Analgésique p  
Mort

67.80 ②

(S.V)

Dase  
7 x 3) w

156.40 ③

(S.V)

Floxam p  
7 x 3) 06/

164.20

Pharmacie EL ANADEL  
Mme H.T. EL ARAKI  
Bd. Abdellatif Ben Kaddour

Dr. Mounsi BIRUK  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerketouni - Casablanca  
Angle Bd 9 Avril et med Abdou

دازين 10.000 وحدة  
سرايبتاز

40 قرصا مليسا  
معدى - مقاوم  
عن طريق الفم



مختبرات سينتيديك  
20 - 22 زقة زير بن العوام  
المصخور السوداء - الدار البيضاء

PPV:  
EXP:  
Lot N°:

08/74

شركة الأدوية الجزائرية

عن طريق الطبيب

24 كبسولة



500 ملج

مستحضر طبي

فلازكس®

PPV 116DH40  
LOT 2N020 1  
EXP 11/2024

**FLOXAM®**  
Flucloxacilline

**500 mg**

**24 gélules**

**Voie orale**





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 07/04/23

Que EZZAKI - Mina.





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

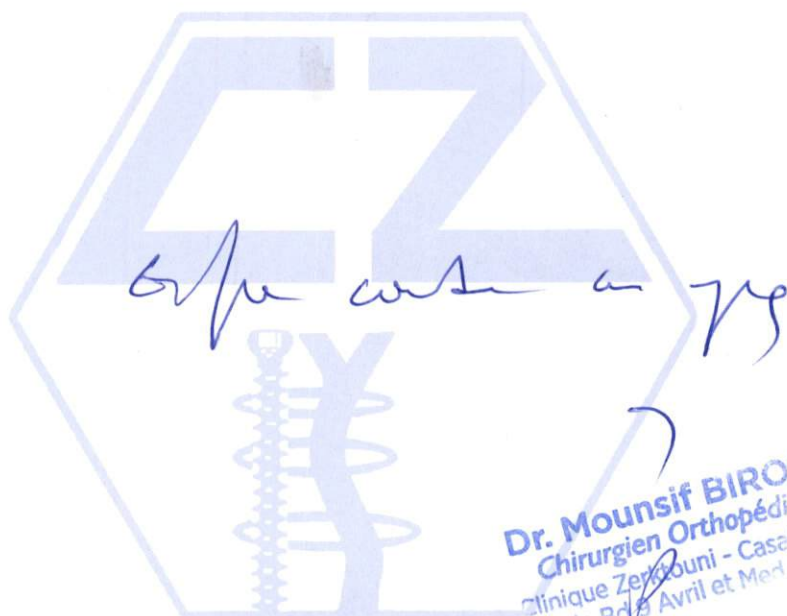
Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 08/04/23

Mme EZZAKI Mina



Dr. Mounsif BIROUK  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerktouni - Casablanca  
10 Bd 9 Avril et Méd 66



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

07/04/2023

Mme EZZAKI MINA

Incidence :

- Poignet gauche de face+profil
- Compte rendu radiologique :

Fracture de l'extrémité distale du radius gauche

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





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

07/04/2023

Casablanca, le :

**Facture CZ 1343/23**

**Mme EZZAKI MINA**

Consultation 300dh

Radiographie 500DH

ECG 300DH

**TOTAL 1100 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme**

**// Mille Cents Dirhams //**

CLINIQUE ZERKTOUNI  
D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE  
Service Consultation  
Angle Bd. Mohamed Abdou  
Dr. Mohamed LEMSEFFER  
Chirurgien Orthopédiste  
Angle Bd. 9 Avril - Casablanca  
Tél : 05 22 25 33 66 - Fax : 05 22 99 21 21  
E-mail : direction.cliniquezerktouni@gmail.com - ICE : 001611954000075

2023-04-07 19:23

Nom :EZZAKI MINA

Sexe :Femme Âge :62

Section : 1961

Cham. ID: \_\_\_\_\_

ID lit: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

Utilisat: \_\_\_\_\_

Ø 1: \_\_\_\_\_

Ø 2: \_\_\_\_\_

Ø 3: \_\_\_\_\_

Données référence uniquement:

FC [bpm] : 63

Intervalle PR [ms] : 204

Durée P [ms] : 120

Durée QRS [ms] : 78

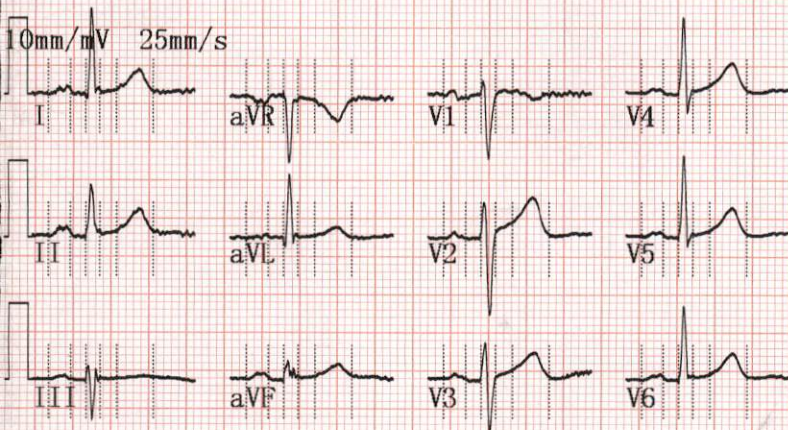
Durée T [ms] : 201

QT/QTc [ms] : 371/379

Axe P/QRS/T [deg] : 55.7/21.3/40.0

R(V5)/S(V1) [mV] : 1.06/0.85

R(V5)+S(V1) [mV] : 1.91



<< Conclusions >>

Dévia. ax. gche légère;

**\*\*Le rapport doit être confirmé par un médecin\*\***

Médecin: \_\_\_\_\_



