

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0015851

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9431 Société : RSM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FASSI Naima Date de naissance :
 Adresse : Habitude
 Tél. : 05 22 91 21 20 Total des frais engagés : 3435,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FASSI Naima Age :

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

Nature de la maladie : 1 - Cholestérol

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chèvreille GH

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 : 29 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

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


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 Règlement des Actes
29/04/23		Cs	30,	
29/04/23		Bath		

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
29/04/23		Cs	300	
29/04/23		Bathe		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>Pharmacie Marzouq lahraouine casa</p> <p>Dr. M. Moguader docteur en pharmacie</p> <p>Autorisé de la faculté de pharmacie</p> <p>de Lyon France ☎ : 061660711</p>	22/11/2021	1435,80

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/04/20		CS 3m,

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/04/20		CS 3m,

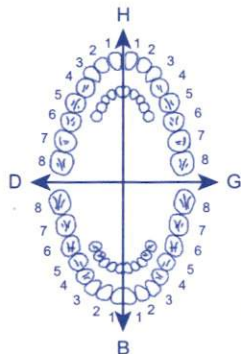
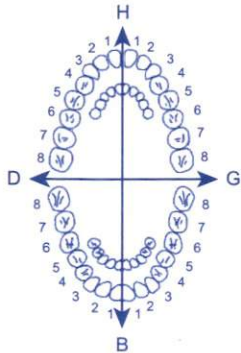
[illegible][illegible]

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> D 25533412 00000000 ----- 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 ----- 00000000 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Pharmacie Marzoug lahraouine casa
Fouad Meguader docteur en pharmacie
Lauréat de la faculté de pharmacie
de Lyon France ☎ : 061660711

Casablanca, le : 29/04/23

Mme FASSIL NAIRNA

PPV :

47,80

EXP :

Lot N° :

(1)

Andal leu f
x 3

47,80

(2)

Dasen

347,00 x 4
1388,00

(3)

x 3

Novexa 0.4 ml
x 3

Total 1435,80 x 4

Pharmacie Marzoug lahraouine casa
Fouad Meguader docteur en pharmacie
Lauréat de la faculté de pharmacie
de Lyon France ☎ : 061660711

Dr. Mounir BIRROUK
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni (F) Casablanca
Angle Bds : 9 Avril et Med. Abdou

Novex[®]

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



LOT
EKE
RPV

230788 1
D2
347,100

347,00



Novex[®]

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



LOT
EXP
RPV

230788 1
D2
307,100

347,00



Novex[®]

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



LOT
EKE
RPV

230788 1
D2
347,100

347,00



Novex[®]

Enoxaparine sodique



4000 UI anti - Xa/0,4 ml



6 seringues pré-remplies

4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg

Solution injectable

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DURÉE MATIN MIDI SOIR



LOT
EKE
RPV

230788 1
D2
347,100

347,00

سوطيما
othema



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

29/04/2023

Facture N° 3969/23

FASSIL NAIMA

Consultation	300DH
Radiographies	300DH
Traitement orthopédique	
Par botte plâtrée	1400DH
Total	2000 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

// Deux mille Dirhams //



FASSIL NAIMA

Ostéopathe le 29/04/2023

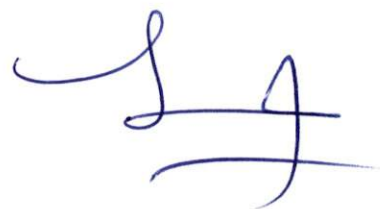
N° 9739

Assistante Infirmière ~~suppl~~

Déclaration Sur l'Honneur

Je déclare sur l'honneur qu'en date
du 29/04/2023, en me rendant à
mon travail j'ai posé mon pied sur
une chausse par terre que je
n'avais pas vu, alors je me suis
tordu la cheville gauche, ce qui
m'a causé une fissure à la malléole
externe gauche. J'ai signifié
documents médicaux relatifs à
l'incident.

Signé : FASSIL
NAIMA





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

29/04/2023

Mme FASSIL NAIMA

Incidence :

Cheville gauche de face+profil

Compte rendu radiologie

Finir de la malade est

2

Dr. Mounsi Brikou
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni
Angle Bds. 9 Avril et Med. Abdou