

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

- 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

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Matricule :	9409	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	168107
Nom & Prénom :		ELABSSI JALAL	
Date de naissance :		25/04/73	
Adresse :		19 Rue la fontaine Racine CASA	
Tél. :		06 41 16 55 02	Total des frais engagés : 2414,80 Dhs

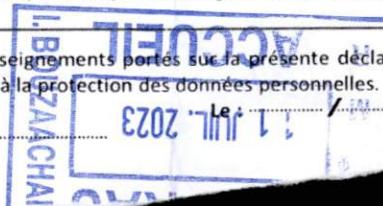
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 16/05/2023			
Nom et prénom du malade : CEASSE SMAL Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <u>Antécédent de la maladie</u>			
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 : _____ Le : 15/05/2023

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
16/05/23	S		G 1400	INP : 09041687 H.E.P éd. diste asablanca Med. Abdou
16/05/23	Sold pld.			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.Y. EL ARAKI Bd. Abdessatif Ben Kaddour Tél. 022 20 55 22	16.05.93	214180

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Dr. Abder Chirurgien Orthopédiste Zektaoui 9 Avril Med. Abda	16/05/13			Salle dr Ned		300

BEIJING 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 l'ODF

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

JX

**MONTANTS
DES SOINS**

1

DATE DUE
DEVIS

1

DATE DE
L'EXECUTION

1

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 : 16/05/13

El Achi Jmz

152,00

Arixib 90 mg : 1 boite

1 cp par jour après repas



10,00

Andol 500 : 1 boite

1 cp x 3 / jour



52,80

OEDES 20 mg : 1 boite de 14

1 gélule / jour



Pharmacie EL ANADEL
Mme H.T. EL ARAKI
Bd Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 0522 22 64 28



LOT 220197
EXP 09/2024
PPV 52.80DH



COOPER
PHARMA

Microgranules gastrorésistants en gélules

14 x 20



LOT : 221653
EXP : 12/2025
PPV : 76,60DH

أقر أوصى مغفلة

06 مللي
عن طريق الفم



لارنچ

ARIXIB® 90 mg
7 comprimés

HARM

COOPER



6
118000083313

LOT : 221378
EXP : 10/2025
PPV : 10,000

UT.AV.:

LOT N°:

PPV (DH):



ANDOL 500 mg
20 Comprimés

20x

قرصا




COOPER
PHARMA

أذول®
باراسيطامول
لذالم والحمى

500
مجم



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

16/05/2023

Facture CZ 3423/23

Mr EL ABSSI JALAL

Consultation	Gratuite
Echographie	500 DH
Traitements orthopédiques	
Par botte plâtrée	1400 DH
Semelle de marche	300 DH
TOTAL	2200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme

Deux mille deux cent Dirhams



CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE
Dr HEFTI Abderrazak

Nom : EL ABBAS

Prénom : JALAL

Date d'examen : 16/05/23

ECHOGRAPHIE DE LA CHEVILLE.....

❖ Indication : Bilan d'entorse externe

❖ Coupe réalisées :

- Coupe sur le ligament talo-fibulaire antérieur (faisceau antérieur du ligament collatéral latéral)
- Coupe sur le faisceau antérieur du ligament tibio-fibulaire inférieur
- Coupe sur le sinus du tarse
- Coupe sur le ligament externe de l'interligne de Chopart
- Coupe sur le ligament calcanéo-fibulaire
- Coupe des tendons fibulaires

❖ Résultat :

- LTFA : rompu
- Tendons fibulaires : en place
- Epanchement tibio-talien : n'exist

