

# 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 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

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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9409		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELABSSI JALAL			
Date de naissance : 25/04/173			
Adresse : 18 Rue la fontaine Racine CAS.A			
Tél. : 0641165108		Total des frais engagés : 2463,30 Dhs	

Autorisation CNP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 04/05/2013			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Osteopathie et Explorae			
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) :



## **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
10/03/13	CS		300	INP : 090211937 Signature : Abderrazak HAFI Médecin Orthopédiste Casablanca Abdou

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben Kaddour Tél : 055 22 11 11	07/05/23	863, 30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Abderrazak Chirurgien Orthopédiste Spécialiste en Chirurgie Zéro-tension Casablanca Tél. 9 Avril et Med. Aida	out 2018		950

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

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



# مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

## CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

### Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

04/04/23

M GRASSST JMA

Arixib 90 mg : 1 boite

+6,60 1 cp par jour après repas

S.V

Andol 500 : 1 boite

10,00 1 cp x 3 / jour

S.V

OEDES 20 mg : 1 boite de 14

12,80 1 gélule / jour

S.V

ACM Baume : 1 Tube massage

19,50 1 application le soir

S.V

PIASCLEDINE 300mg : (3 boites de 30)

188,00 1 gel par jour après repas pendant 3 mois

S.P

x 3

863,30

S.V

Dr. Abderrazak HEFTI  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni - Casablanca  
Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril et Med. Abdou

Corps  
Body

**CRÈME APAISANTE**  
**MUSCLES ET**  
**ARTICULATIONS**  
**SOOTHING CREAM**  
**MUSCLES AND JOINTS**



75 ml



3 760095 25284 1

21C09 EXP 03/2024 PROD: 03/2021  
N°12102018/UPCHC/DMP20

**پاسکلیدین® 300**  
مبلغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتتصبن  
300 mg

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIABLES D'AVOCAT ET DE SOJA



1 gélule / JOUR

1 gélule / JOUR  
كبسولة في اليوم

**پاسکلیدین® 300**

مبلغ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتتصبن

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES

30  
GÉLULES  
كبسولة

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIARI ES D'AVOCAT ET DE SOJA



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

## بياسكليدين® 300

300 ملخ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبن



1 gélule / jour  
كبسولة في اليوم 1

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES

30 GÉLULES  
كبسولة

# PIASCLEDINE® 300

300 mg D'INSAPONIFIARI ES D'AVOCAT ET DE SOJA



PIASCLEDINE® 300MG

Boîte de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

## بياسكليدين® 300

300 ملخ من الأفوكا و الصويا غير القابلتين للتصبن



1 gélule / jour  
كبسولة في اليوم 1

EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES

30 GÉLULES  
كبسولة

PPV (DH) :

LOT N° :

UT.AV. :

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



**COOPER**  
PHARMA



# مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمقاصل

## CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

04/05/2023

### Mr EL ABSSI JALAL

#### Incidence :

- 2 Genoux de face+profil+axials+schuus
- Cervical de face+profil

#### Compte rendu radiologique:

- Dislocation elevée C4 - C5
- S'm left deplacé.





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

***Chirurgiens Orthopédistes :***

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

04/05/2023

**Facture N° 3517/23**

Mr EL ABSSI JALAL

Consultation	300DH
Radiographie	1300 DH
<b>Total</b>	<b>1600 DH</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**//mille six Cents Dirhams //**

Dr. Abderrazak Hefti  
Chirurgien Orthopédiste  
Casablanca  
Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril  
Casablanca  
Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril