

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13031 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HSSIK Hamza

Date de naissance : 06.02.1992

Adresse :

Tél. : 0623.07.87.85 Total des frais engagés : 999,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/07/2023

Nom et prénom du malade : HSSIK HAMZA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture de la poche, gauche.

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.

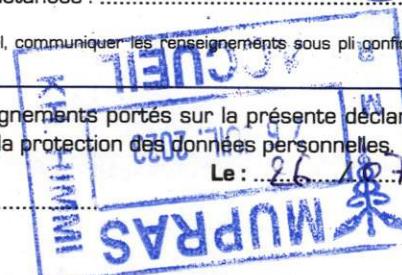
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 26/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

JL



## 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
22/10/2023	CD	400,		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Assamad sarl au Dyar Dakhama Gr 5 Imm 24 N° 18 - Bouskoura GSM : 06 64 64 67 50 <b>INPE : 092101146</b>	23/7/23	229,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/07/23	12x	300,

## AUXILIAIRES MEDICAUX

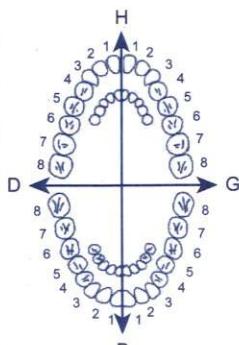
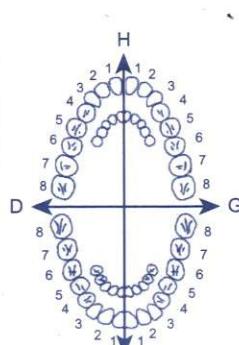
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	

## 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 l'ODF.

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																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B			G	00000000	11433553	35533411			Coefficient DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552																
	D	00000000	00000000																
	B																		
	G	00000000	11433553																
	35533411																		
				MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



# مصحة الزركوني لجراحة العظام والمفاصل

## CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

### Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 23/07/23

Mr HSSIK HAMZA

14,00

①

Doliprane 1g

PPV: 14DH00  
PER: 05/26  
LOT: M1877

16,40

②

Flos

PPV 116DH40  
LOT 2N0207  
EXP 02/2025

96,00

③

Sels

LOT 220196  
EXP 09/2024  
PPV 99.00 DH

229,40

Pharmacie Assamad sarl au  
Dyar Dakhma Gr 5 Imm 24  
N° 18 - Bouskoura  
GSM : 06 64 64 67 50

Dr. Issam GUERROUJ  
Chirurgien Orthopédiste  
Clinique Zerkouni - Casablanca  
Angle Bds 9 Avril et Md Abdo  
Tél : 06 61 26 93 01



# مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

## CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

### Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

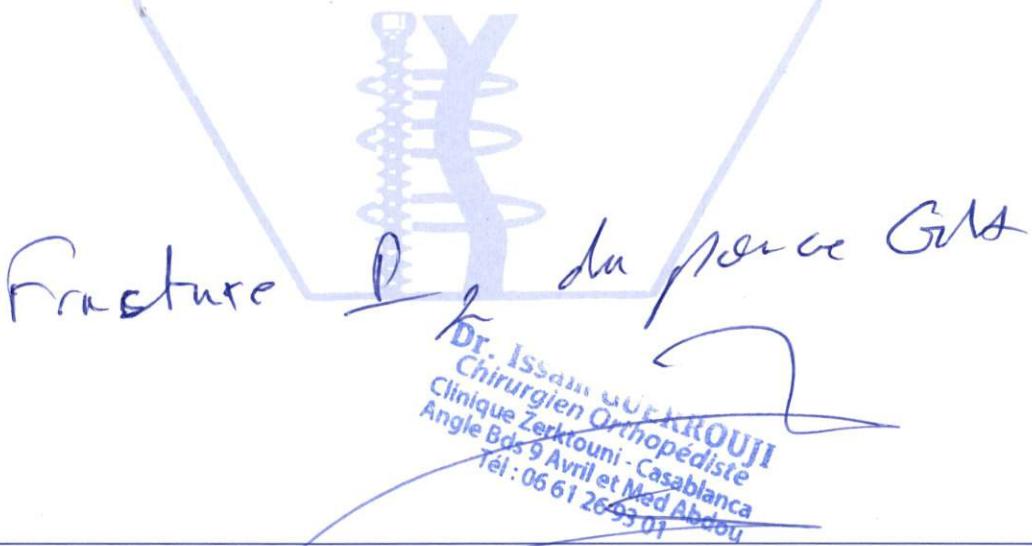
- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 22/07/2023

### Mr HSSIK HAMZA

- Pouce de la main gauche Face+profil

### Compte rendu radiologique :





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 22/07/2023

Facture CZ 3555/23

Mr HSSIK HAMZA

Consultation	400DH
Radiographie	300DH
<b>TOTAL</b>	<b>700 DH</b>

Arrêtée la présente facture à la somme

**// Sept cent Dirhams //**

*CLINIQUE ZERKTOUNI  
D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE  
Service Consultation  
Angle Bds 9 Avril et Med. Abdou*