

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.

Biologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Optique :

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.

aire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1489 Société :

 Actif **Pensionné(e)** **Autre :**

Nom & Prénom : MOUSTAOUI Mouloud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 67 132 630 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : FADIL FATIM Age:

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

Nature de la maladie :

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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES																																																																										
<p>Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins. Veuillez fournir une facture Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p> <table border="1"> <tr> <td>SOINS DENTAIRES</td> <td>Dents Traitées</td> <td>Nature des soins</td> <td>Coefficient</td> <td>Coefficient des travaux</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Montant des soins</td> </tr> <tr> <td>ADULTES</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Début d'exécution</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Fin d'exécution</td> </tr> <tr> <td>O.D.F. Prothèses dentaires</td> <td colspan="4">Détermination du coefficient masticatoire</td> </tr> <tr> <td></td> <td>H D 25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td>G 21433552 00000000 00000000 11433553</td> <td>Coefficient des travaux</td> <td>Montant des soins</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4">(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Date du devis</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Fin de l'exécution</td> </tr> <tr> <td colspan="2">VOLET ADHERENT</td> <td colspan="3">NOM : _____ Mle : _____</td> </tr> <tr> <td>DECLARATION N°</td> <td colspan="2">W15-040689</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Date de Dépôt</td> <td>Montant engagé</td> <td>Nbre de pièces Jointes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="5">Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</td> </tr> <tr> <td colspan="5">Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</td> </tr> </table>					SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux					Montant des soins	ADULTES				Début d'exécution					Fin d'exécution	O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire					H D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux	Montant des soins		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession								Date du devis					Fin de l'exécution	VOLET ADHERENT		NOM : _____ Mle : _____			DECLARATION N°	W15-040689				Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes			Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois					Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																																																																						
				Montant des soins																																																																						
ADULTES				Début d'exécution																																																																						
				Fin d'exécution																																																																						
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire																																																																									
	H D 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux	Montant des soins																																																																						
	(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession																																																																									
				Date du devis																																																																						
				Fin de l'exécution																																																																						
VOLET ADHERENT		NOM : _____ Mle : _____																																																																								
DECLARATION N°	W15-040689																																																																									
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes																																																																								
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois																																																																										
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle																																																																										

W15-040689					DATE DE DEPOT							
<p>A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle : 1489</p> <p>Nom & Prénom _____ Fonction : _____ Phones : _____ eMail : _____</p>												
<p>MEDECIN Prénom du patient FADIL Falma Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age : 12/08/19 Nature de la maladie</p> <p><i>duréation auto-interne de l'épanchement</i> <i>chute à domicile</i></p>					Date 1ère visite							
<p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p> <p>PHARMACIE Date : 12/08/19 Montant de la facture 80,00</p>												
<p>ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : 12/08/19 Désignation des Coefficients 315+715 Montant détaillé des Honoraires 400,-</p>												
<p>AUXILIAIRES MEDICAUX Date : _____</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Nombre	Montant détaillé des Honoraires	AM	PC	IM	IV		
Nombre	Montant détaillé des Honoraires											
AM	PC	IM	IV									



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 12/08/09

FADIL PATIRIA

13,20
① Algex 1 p. + 3 j S.V.

66,80
② Voltar 1 p. + 3 j S.V.

1 p. + 3 j T

③ Belomyl 1 p. + 3 j

1 : 80,00
PHARMACIE YOUNESS
Sania BERRADA
Doctor in Pharmacy

et 9 Avril Palmiers - Casablanca
Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril
Clinique Orthopédiste Mousine BIROUK



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

12/08/2019

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

Mme FADIL FATIMA

Incidence:

- L'Epaule Droit de face

Résultat :

ledekt artho. wh + l'épaule

*Dr. MOUNSIF BIROUK
Chirurgien Orthopédiste
Angle Bd. Mohamed Abdou
et 9 Avril Palmiers - Casablanca*



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

12/08/2019

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

Mme FADIL FATIMA

Incidence:

Contrôle après réduction

- Epaule Droite de face

Résultat :

Luxation bien réduite



Dr. MOUNSIFFE BIROUK
Chirurgien Orthopédiste
Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril, Quartier Palmiers - 20100 CASABLANCA - Tél. : Standard : 05 22 25 33 00
Consultations : 05 22 25 33 66 - Fax : 05 22 99 21 21 - E-mail : cliniquezerktouni@menara.ma - ICE : 001611954000075



مصحة الزركوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

12/08/2019

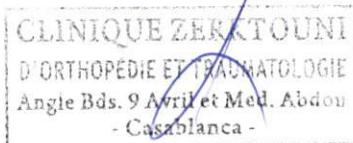
Facture N°4864/19

Mme FADIL FATNA

Consultation	400DH
Radiographie initiale Z15	200 DH
Réduction de la luxation K15	450 DH
Frais de salle K15X25	350 DH
Anesthésie locale	300 DH
Consommable	300 DH
Radiographie de contrôle	200 DH
Echarpe coude au corps	500 DH

TOTAL 2700DH

Arrêtée la présente facture à la somme de
/ Deux Mille Sept Cent Dirhams /





NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) NOM et Prénom :

FAMIL Falna

2) Date de la constatation de l'état du malade :

12/08/19

3) Renseignements cliniques sommaires :

Durâction antéro-externe
de l'épaule douloureuse

4) Traitement envisagé et actes :

- Radiographie initiale
- Réduction de la luxation
+ Anesthésie locale
+ Ic de l'articulation
+ Ecchographie

5) Durée prévisible du traitement :

1 mois

A 041 Le 12/08/2019
Dr. MOUSSA BIROUK
Signature : Dr. MOUSSA BIROUK
Orthopédiste
Angle Bd. Mohamed Abdou
et 9 Avril Palmiers - Casablanca