

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W19-421407

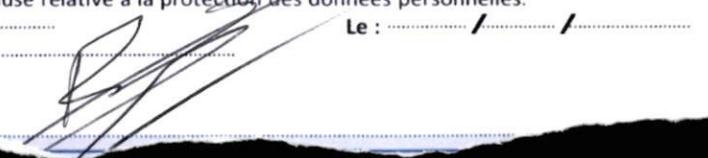
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 2051			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Société : Redstone	
Nom & Prénom : BENNIS Rachid			
Date de naissance : 22 oct. 1953			
Adresse : 24 Rue Abou El Waka, Bourgogne, Casablanca			
Tél. : 06 61 13 29 62 Total des frais engagés : Dh			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 29/06/2013			
Nom et prénom du malade : BENNIS Rachid Age : 59			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Fracture latérale de l'humérus gauche			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel 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) :

Le : / /



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
19/06/19	CS		302	INP : 0900000010 Signature : Dr Abdellatif Ait Abdellatif CLINIQUE HOPITAUX DE CASABLANCA -

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25/06/2019	LS lab 19 Rx Z 22	300,-

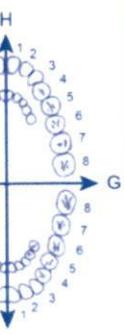
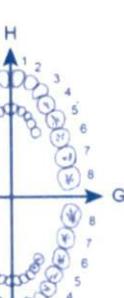
AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				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" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000		35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G															
25533412 00000000	21433552 00000000															
D																
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



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 29/06/14

BENNES RACKED

- ① Alex n° 1
n° 2 3 4
1 2 3 4
- ② Celestine n° 1
1 2 3 4
- ③ Véronique n° 1
1 2 3 4

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



Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

29/06/2019

COMPTE RENDU RADIOLOGIQUE

Mr BENNIS RACHID

- Pied gauche de face+profil

Résultat :

*Pas de lésions
notable
signe de P. 2 et 3 IV
notable d'allure aiguë*

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



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

29/06/2019

Facture N°2632/19

Mr BENNIS RACHID

Consultation	300 DH
Radiographie	300 DH
TOTAL	600DH

**Arrêtée la présente facture à la somme de
/Six cent Dirhams /**





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 29/06/14

BENNES RACHED

Entrez l'âge de la mère

gante au sevrage et
l'âge chirurgie

l'âge au sein de mère

de la mère gante

Dr. MOUSSA BIRK
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

Rachid BENNIS

Matricule 2051
29 Rue Abou Elwakt
Bourgogne
Casablanca

MUPRAS
Centre Allal ben Abdallah
6^e Etage
Casablanca

Casablanca le 2 Juillet 2019

Objet : Demande d'Entente Préalable

Madame, Monsieur le Responsable

Je vous demande de bien vouloir remettre au porteur un imprimé de demande d'une entente préalable concernant des séances de rééducation suite à des séquelles d'une entorse survenue 18/3/2019.

Remerciements



Rachid BENNIS

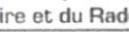
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
ablig	CS		309	INP : 09000000 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/06/19	R.K 226	300,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



مصححة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 29/06/1964

BENNS RACKED

Entière laïcité de la charte
Sante au septième d
la dernière
Rouge le sens de vent
de la charte sante

28