

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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° W19-530617

N° D: 34632

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 13020

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL Mediami Bach

Date de naissance : 06/02/1995

Adresse : 7, Rue Ahmed Chorai Rd. Neuridy p appr 3
Nedroma 10050 Casablanca

Tél. : 06 33 85 55 26

Total des frais engagés : 2966,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/07/2020

Nom et prénom du malade : EL MEDIANI BACH

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Enfesse cheville droite

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 : / /

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
11/07/2020 sous le sceau de l'ordre des médecins M. BOUTAFIA	Gallo	6	11400	INP : 0800103  Dr. BOUTAFIA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/07/2020	1266,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/10/2023	72	304

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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	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"> <tr><td>H</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

17.07.2020

EL MEDIANO BAOR

DAndel Ig
M.50 Ig 1+ 3/j

② Reflexion
29.00 1961

132,9° Noverx 0,4 S.I. df (81)
347,00 X3
1266,50

**Dr. Issam GUERRAOUI
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE**



مصحة الزركوني لجراحة العظام و المفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :
17/07/2020

Facture N° 2883/20

Mr EL MEDIANI BADR

Consultation	Gratuite
Radiographie	300 DH
Traitemenit orthopédique	
Par botte plâtré	1400 DH

TOTAL 1700 DH

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

The stamp contains the text: CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE Casablanca, le 17/07/2020.



مصحة الزركوني لجراحة العظام و المفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Date : 17/07/2020

Mr EL MEDIANI BADR

Incidence:

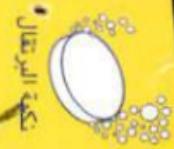
- Cheville droite de face+profil

Compte rendu

Los de lésion Osseuse
Visible



مطبلة
1000 mg



أندول®
باراسيطامول
للتخلص من الحمى
أقراص فواردة
جبل طارق

جبل طارق
جبل طارق
جبل طارق
جبل طارق

جبل طارق
جبل طارق
جبل طارق
جبل طارق

٤٩,٠٠

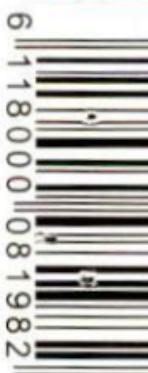
عن طريق الفم
١٥



مكمل غذائي
مكمل غذائي

فرصاً قابلاً للكسر

20 X



MEFSAL® 15 mg

20 comprimés sécables

ANDOL®
PARACETAMOL

1000 mg

Comprimé effervescent 8 x 10

0 0 0 0 0 0 0
0 0 7 2 1
1 1 5 0
14150

COOPER
PHARMA

Novex®

Enoxaparine sodique

4000 UI anti-Xa/0,4 ml

2 seringues pré-remplies



4000 UI anti-Xa correspondant à 40 mg
Solution injectable

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DURÉE	MATIN	MIDI	SOIR
			1/2			C

132,00

سوطيمما
Sotthema

