

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 059319

ND: 43397

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1001 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MOKHEI Abdellatif

Date de naissance : 1.1.1948

Adresse : N°1167 NICOL ALLEE DE LA PLAGE

AIN SEBAA - CASABLANCA

Tél. : 0659866493 Total des frais engagés : 2598,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24.08.2020

Nom et prénom du malade : EL BOUNIA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/09/2020 | | 3 | 309 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| PHARMACIE RIZK LALAMI SALOUA Place Haj Ahmed Mekouar K.S. Karim AIN SEBAA-CASABLANCA TAL: 022.35.85.20 | 24/09/20 | 98,80 |
| PHARMACIE RIZK LALAMI SALOUA Place Haj Ahmed Mekouar K.S. Karim AIN SEBAA-CASABLANCA TAL: 022.35.85.20 | 29/09/2020 | 299,20 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| | 24/09/2020 | 7 | 400 |
| | 25/09/2020 | 250 | 1500,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|--|------------------|--|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
| | | | | 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="0"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">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 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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 و المفاصل
 CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le 24.09.2020

10.05.1972

Dr EL BOUNIA RAOUIA

1/08/2020

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
 5, rue Ali Abderrazak
 CASABLANCA
 Tél : 94.97.97 - Fax : 94.97.99

2 - TOM lombaire

sur L2 - L3 - L4

→ MIE a jour

(assent. Acute - acute?)

(Signature)
 Dr. Mohamed Lemseffer
 Chirurgien Orthopédiste
 Clinique Zerktoni
 Angle Bd. Mohamed Abdou et Bd. du 9 Avril



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

24/09/2020

Mme EL BOUNIA DAOUIA

Incidence :

- Rachis lombaire de face+profil

Compte rendu radiologique

→ tr 2 l2 - l3 - l4 c
globe vertèbre





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 24.09.2020

Mme EL BOUMIA DAOUIA

- floux 211

S.V

36, 20x2

15 x 2 = 30

131 do x h

- Afk

S.V

T=98,80

400/21

Floux
LOT 204852
EXP 04/22
PPV 36DH20

PHARMACIE RIZK
Dr. LALAMI SALOUA
5, Bd. Mohamed Mekouar 936, Karim
AIN SEBAA - CASABLANCA
Tél. : 022.35.85.20

LOT 19C098
EXP 02/23
PPV13DH20

PHARMACIE RIZK
LALAMI SALOUA
DR. EN PHARMACIE
5, Place Hajj Mohamed Mekouar 936, Karim
AIN SEBAA - CASABLANCA
Tél. : 022.35.85.20

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerktoni
Angle 9 & 5 Avenue du 23 Août



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 24.09.2020

Dr EL BOUNIA MAOUIA
- Centre Médical de
Majore





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

24/09/2020

Facture n° 3867/20

Mme EL BOUNIA DAOUIA

| | | |
|--------------|---------------|----------|
| Consultation | 300 DH | - |
| Radiographie | 400 DH | - |
| Total | 700 DH | - |

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



Docteur Jawad EL AOUD

Ancien Interne en Titre des Hôpitaux de Montpellier
Spécialiste en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
D.E.S de Radiologie
Membre de la Société Française de Radiologie
Docteur d'Etat en Médecine



مركز أنفا للفحص بالأشعة
CENTRE RADIOLOGIE ANFA

Casablanca, le 25/09/2020

Patient : EL BOUNIA DAOUIA
Prescripteur: DR LEMSEFFER MOHAMED

SCANNER LOMBAIRE

*Mon cher confrère,
Veuillez trouver ci-dessous le compte rendu de l'examen pratiqué dans notre centre.
Examen réalisé sur appareil scanner multibarettes Brightspeed G.E.*

Indication :

Recherche de tassements vertébraux ?

Technique :

Acquisitions hélicoïdales infra-millimétriques de L1 à S1. Étude en fenêtres osseuse et médullaire. Reconstructions sagittales et coronales.

Résultats :

Pas d'anomalie focalisée de la structure osseuse.
Pas de tassement vertébral.
Discopathie L5-S1 patente sans signe de hernie discale.
Aspect légèrement protrus du disque L4-L5.
Aspect normal des autres disques intervertébraux.
Pas de diminution de diamètre du canal médullaire (> 15 mm).
Pas d'anomalie des parties molles péri-vertébrales.

Conclusion :

Discopathie L5-S1.
Discrète protrusion à l'étage L4-L5.
Pas de signe de conflit disco-radiculaire.
Pas d'anomalie focalisée de la structure osseuse.

NB : Pour enregistrer le fichier image sur le disque dur : clic droit sur le nom du patient figurant sur le tableau et exporter JPG puis enregistrer dans un dossier.

Merci de votre confiance

Docteur Jawad EL AOUD

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél : 04 97 97 97 - Fax : 04.97.99



Casablanca, le 25/09/2020

Facture N° 3939

Nom patient : **EL BOUNIA DAOUIA**

Examen(s) réalisé(s) :
SCANNER LOMBAIRE

Montant : **mille cinq cents (1500 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
MILLE CINQ CENTS DH

REGLEMENT : CHEQUE N°

CENTRE RADIOLOGIE ANFA
5, rue Ali Abderrazak
CASABLANCA
Tél : 04 97.97 - Fax : 04.97.99