

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

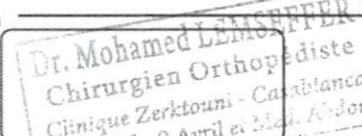
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

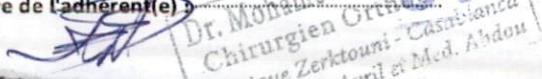
Déclaration de Maladie

N° W19-449410

ND: 39158

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) 0704			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BAADRA <i>Abdelhak</i>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
BAADRA <i>Abdelhak</i>		1/1/47	
Adresse :		Habituelle	
Tél. : 1 DEM		Total des frais engagés : 1169,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 19/04/2020 BAADRA <i>Abdelhak</i>	
Date de consultation :	Age :
Nom et prénom du malade :	Age :
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> <i>Sh</i> <input type="checkbox"/> <i>Abdelhak</i> <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ACCUEIL <i>2020-04-19</i>
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** *108/108* Le : **108/108** *2020*
Signature de l'adhérent(e) 



EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SA-Ann-16 (02) 99.024 52 BIS, Route des Poëles 2, EDDOBLI Michael MAILLIE 55010 NANT DE OA	19/8/2025	05.594

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/08/20	220	400

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

VOLET ADHERENT



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 19/08/20

In Abdelhak BADRANE

149,22
298,00

LOT : 2005002
EXP : 05/2023
PVC : 149DH
PVC : 149DH

1) Fleximase

HAKIMI HOSPITAL DE L'OASIS
Dr. EDDOUBLI Hicham
152 RIS, Route de l'Oasis
ASA-ANTIFTEL (02) 99.07.8

26/05



x 30 g

22,00 2) Cedol

1bile

~~22,00~~

1cp. ou Sescin



149,50

~~149,50~~

3) Cremafer 1bile

1cp

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et M. Abdou

PPC : 149,50 DH

CURARTI forte

comprimé

395284

11/2022

Lot :
À consommer de
préférence avant le :



Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

19/08/2020

Mr BADRANE Abdelhak

Incidence :

- Hanche gauche F+P

Compte rendu Radiologique :

• P.M. Gh. e. Vex

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bd. 9 Avril et Bd. Abdou



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca 19/08/20

Facture N° 3622/20

Mr BADRANE Abdelhak

Consultation	300 DH
Radiographie	400 DH

TOTAL 700DH

Arrêtée la présente facture à la somme de
// sept Cents Dirhams //

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni Casablanca
Angle Bd. 9 Avril et Bd. Abdou