

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.

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° W21-635850

74560

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

89356

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOUSTADRAF

Mal

Date de naissance :

17/6/67

Adresse :

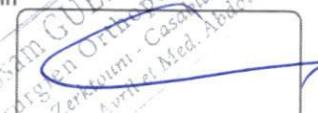
0662 103290

Tél. :

Total des frais engagés : 1596,61 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02/06/2021

Nom et prénom du malade :

Fathi FOUAD 2010

Lien de parenté :

lui-même

conjoint

Nature de la maladie :

Tempo

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 : 21/6/21

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

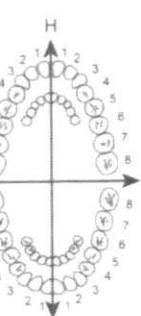
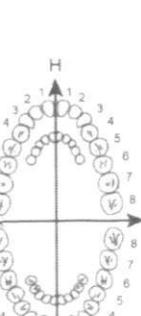


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
02/06/2021			€ 0	INP : 00000000000000000000000000000000
02/06/2021	Nauchadha	100	€ 0	GUENOUZ Tchad

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Bachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL OUBARD Dr CHALAK Haj Nasser Docteur en Pharmacie 65, AV Oues Sebou - El Oued Tél/Fax: 05 22 86 00 00 Casablanca	06/06/21	96,61

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Hassan Othmane Zekkouani - Casablanca - 9 Avril et Med. 2005	02/06/2011	Rx 300	1000

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for standard treatment)	Nature des Soins (Leave blank for standard treatment)	Coefficient (Leave blank for standard treatment)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553
25533412	21433552														
00000000	00000000														
D															
B															
35533411	11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>													



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 02-06-2007

Faissi FATIMA ZOHRA

ALGIK® 500 mg + 50 mg

16 comprimés



13,20

13.20 07/07/01 SV

6,90



Fl - SV

1 - 1

2,50



Belmazol el
Dr. Isam GUERROUJI
Orthopédiste
Casablanca

96,61

LOT :

EXP :

PPV :

22,50

BELMAZOL® 20 mg

7 gélules





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

02/06/2021

Facture N° 7459/21

Mme FOUSSI FATIMA ZAHRA

Consultation	Gratuite
Radiographie	300 DH
Traitements orthopédiques	
Par manchette plâtrée	1000 DH
Total	1300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de

//Mille Trois Cents Dirhams //





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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

02/06/2021

Mme FOUSSI FATIMA ZAHRA

Incidence

- Pouce droit de face+profil

Compte rendu radiologique :

Les deux doigts cassés
Visible

