

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

- 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

M22- 0044648

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12815 Société : RA17
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : Kamelia KASSAB
 Date de naissance : 26-12-1989
 Adresse : Siège Les Bords - Royal Air Maroc
 Tél. : 0662765224 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Guessous Inès Age: / /
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Vaccin
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 Le : 23 / 03 / 23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
22/03/23	G		300	<p>دكتور عبد الحق زكير Dr. Abdelhak ZAKIR طبيب أطفال 19999, Ain Tadjout, 1er Etage, Apt. N°1 - Bourgmouch 05 22 20 97 65 / 05 22 25 57 69 GSM : 06 69 99 99 99</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
17, rue El Ghazali Casablanca	22/3/23	1289,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	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 de l'ODF.

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="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>B</th> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D	B	D	G	00000000	35533411	00000000	11433553	Coefficient des Travaux <input type="text"/>
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D	B	D	G																	
00000000	35533411	00000000	11433553																	
	[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

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

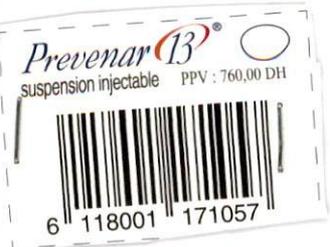
Sanofi-aventis Maroc
 Route de Rabat - R.P.1, Ain sebaâ Casablanca
 Pentaxim inj b1 ser 1 dose
 P.P.V : 277,00 DH
 6 118001 080632
 Diplôme de Spécialité de Médecine de Montpellier
 Ancien Praticien Hospitalier
 Hôpitaux de France
 Réanimation néo-Natale
 en Médecine Foetale
 Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع
 خريج كلية الطب بمونبولي
 طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا
 مجاز في إنعاش الرضيع
 مجاز في طب الجنين
 مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

GUESSOUS INÉS

Casablanca, le 22/13/23



760100

- Prevenar

277100

- Pentoxim

252100

- Rotomix

1289100



PHARMACIE LES FENACISTS MARINES
 27, Rue El Ghazali
 Casablanca

Dr. Abdelhak ZAKIR
 13, Bd Ain Taoujtate
 Tél: 05 22 48 67 66 - 06 66 99 99 94
 GSM: 06 61 14 45 00
 Casablanca