

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-791997



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12811

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Kamelia Kettaj

Date de naissance :

06/12/1989

Adresse :

Siege Cese Anfa Royal Air Maroc

Tél. : 06 27 65 22 24

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Guessous

Inés

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

vaccin

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 :

Les Sables

Le :

27/04/23

Signature de l'adhérent(e) :

RF

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
27/04	123	cs	300	INP : 091140418 Dr. Amedehak Zouaoui 7, Bd. Ain Tabouni, Nador Tél : 0522 44 22 22 GSM : 0661 22 22 22

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cahier du Pharmacien en du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/04/23	411,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

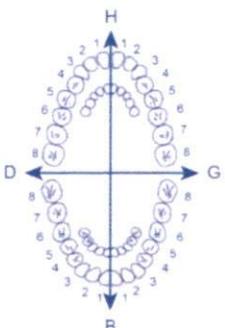
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

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.

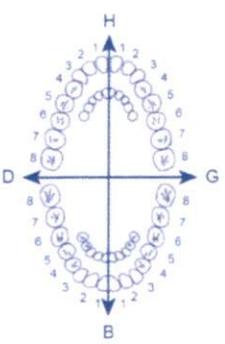


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
G	

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLER
DES TRAVA

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier
des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation néo-Natale

Diplômé en Médecine Foetale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

إخلاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

محاز في إنعاش الرضيع

محاز في طب الجنين

محاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Guessous Inés

Casablanca, le

27/04/123

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
HEXAIXIM 0.5ML 1F 2
AIG SP
P.P.V: 411,00
6 118001 082063

444,00 Hexaxim



PHARMACIE LES TERRASSES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

الدكتور عبد الحق زكير

Dr. Abdelhak ZAKIR

إخلاصي في أمراض الطفل والرضيع

Pédiatre

13, Bd. Aïn Taoujate, 1er Etage, App. N°1-Bourgogne

Tél : 05 22 48 67 66 - 06 66 99 99 94 - 06 66 99 28 94

GSM : 05 81 144 600 - Casablanca