

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, parodontologie 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 (soit 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 prothèse 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

- Reclamation : 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 - 1^{er} étage - angle Rue Mohammed Fakir - Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Essayer
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 22 35 45 (LG) Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



Déclaration de Maladie

N° W21-B17549

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2526 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ZERRAR ELMELOU

Date de naissance : 190309

Adresse :

Tél : 0662227898 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Abdelhak ZAKIR
Pédiatre
13 Bd Ain Taoujate 1^{er} Etg App. N°1
Bourgogne Casablanca
Tél 0522 48 67 66/0666 99 99 94

Cartet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2023

Nom et prénom du malade : ZERRAR ADAM 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 confidentialité 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

Signature de l'adhérent (e) :

ACCUEIL
12 JAN. 2024
12/01/2024

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
21/11/23	CS		300	INP

Dr Abdelhak ZAKIR
 Pédiatre
 13 Bd Al-Yaoufi 1er Etg App. 18
 Bourgoigne Casablanca
 Tél: 0522 48 67 66/0666 99 99 92

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LES TERRASSES MARINES 17, Rue El Ghazali Casablanca	02/11/23	139,00

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																					
Le praticien est tenu de préciser la date traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																					
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement auxiliaires ainsi que le bilan de l'OD																					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
				MONTANT DES SOINS																	
				DEBUT L'EXECUTION																	
				FIN L'EXECUTION																	
O.D. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td> <table border="1"> <tr> <td>1533412</td> <td>1433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>1533411</td> <td>1433553</td> </tr> </table> </td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			D	<table border="1"> <tr> <td>1533412</td> <td>1433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>1533411</td> <td>1433553</td> </tr> </table>	1533412	1433552	0000000	0000000	0000000	0000000	1533411	1433553	G	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																				
	D	<table border="1"> <tr> <td>1533412</td> <td>1433552</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>0000000</td> <td>0000000</td> </tr> <tr> <td>1533411</td> <td>1433553</td> </tr> </table>	1533412	1433552	0000000	0000000	0000000	0000000	1533411	1433553	G										
	1533412	1433552																			
	0000000	0000000																			
	0000000	0000000																			
	1533411	1433553																			
	B																				
	[Création, remonte, adjonction] Fonctionnelle, thérapeutique, nécessaire à la mastication			MONTANT DES SOINS																	
				DATE DU DEVIS																	
			DATE DE L'EXECUTION																		

VISA ET CACHE DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHE DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hospitalier

des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation Néo-Natale

Diplômé en Médecine Fœtale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

طبيب الأطفال

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

مجاز في انعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Zerrari

Adam

Casablanca, le : 02.11.123

139,00

Priorix



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 139,20 DH
9 10 63 22 39
118001 140923

Priorix

Measles, mumps and rubella vaccine
Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola
Vaccin tegen sarampien, mumps en rozeola

CLINIQUE LES TERRASSES MARTINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

r Abdelhak ZAKIR
Pédiatre
Bd Ain Taoujate 1er Etg Appt N°1
Bourgogne Casablanca
Tél : 0522 48 67 66 / 06 66 99 99 94

Casablanca - Tél : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94 - En CAS D'URGENCE : 06 61 14 45 00