

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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

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

JPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



Déclaration de Maladie

N° W19-480809

36261

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Au

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12865 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HABIB SKIREDJ

Date de naissance : 09/12/1989

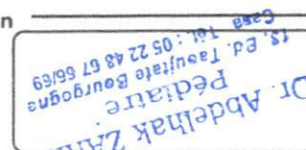
Adresse : 94 Rue 12 mètre angle rue Sultan

Abdelhak Bourgonne - CASABLANCA

Tél. : 0622 29 96 49 Total des frais engagés : 328,5

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2020

Nom et prénom du malade : SKIREDJ LYANA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : LA

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'atter médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je d avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 21/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le : 21/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 17, Rue El Ghazali Casablanca	25/11/20	0078F


[illegible][illegible]

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> H B </div>	
25533412 00000000	21433552 00000000
D	G
00000000 35533411	00000000 11433553

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

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 Focale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

إختصاصي في أمراض الطفل و الرضيع

خريج كلية الطب بمونتبولي

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Casablanca, le : 25 / 01 / 20

800: 1234 5678

6518

3 LC

13100

123456

7818

PHARMACIE DES TERRASSES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

Dr Abdelhak ZAKIR
Pédiatre
13, Bd. Taoujtate Bourgogne
Casa Tél : 05 22 48 67 66/69

Sterogyl® 15 "H"

600 000 UI/1,5 ml

Ergocalciferol

(vitamine D2)

1 ampoule de 1,5 ml



LOT : 019000
PXT : 060000
PCU : 130000

25 JAN 2020

NOM DE FABR.: 10

DILUANT

LOT : 0379G019

0709S4017

EXP. : JUL.2021

FEB.2023

13, Bd Aïn Taoujtate (en face Clinique BADR) Rés. Ilias 1er étage App. N° 1 - Bourgogne
Casablanca - Tél. : 0522 48 67 66 /69 - 06 66 99 99 94 - EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 45 00