

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

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

N° = 19791

C

Déclaration de Maladie : N° P19- 0005390

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **10575**

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Hatifi Amnsd**

Date de naissance :

04.08.76

Adresse :

Tél. : **061150261** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak Zakir
Pédiatre
N° 13, Bd. Ain Taoujoute 1er étage App. N° 1 - Casab
Tél : 05.22.48.67.66 / 69 - 06.66.99.99.94
GSM : 06.61.14.45.00

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **Hatifi Rim** Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : *30.11.2020*

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : *10.11.2020*

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 :

Signature de l'adhérent(e) : *hatifi*

Le : **31/01/2020**

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0005390

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **10575**

Nom de l'adhérent(e) : **Hatifi**

Total des frais engagés : **111.50**

Date de dépôt : **31**

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Sachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE BOURGOGNE BERRADA NAZI Halima Bd. Zerkouni - Casablanca Tél. : 05/22.27.73.44	31-01-20	103,70

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	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.

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ostéodensitométrie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelhak ZAKIR

Pédiatre

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Ancien Assistant & Ancien Praticien Hôpitalier

des Hôpitaux de France

Diplômé en Réanimation Néo-natale

Diplômé en Médecine Focale

Diplômé en Rééducation Fonctionnelle Respiratoire

الدكتور عبد الحق زكير

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بموطلي

طبيب مساعد سابقا بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Dr. ZAKIR

Neu

Casablanca, le :

31 - 01 - 20

31 JAN 2020

63,00 x 2

mm 3
Δ Δ Δ

22,50

Socle

150

mm 140 - 37 - 80

65,80

mm 3
Δ Δ

1 - 30° fee

mm 140 - 41 - 80 - 100g = 385

NO - DOL FEN 20MG/ML
SUSP BUV FL 150ML
P.P.V : 22DH50

LOT : 9MA112
PER. : 05 2022

6 118000 061892

MYCOSTER 1%
CREME 130G

P.P.V : 45DH20

LOT : 9MA112
PER. : 04 2022

6 118000 011118

1071 - 27 - 08

Dr. Abdelhak ZAKIR
Pédiatre
13, Bd. Taoujitate Bourgogne
Casa - Tél. : 05 22 46 67 66/69

لابن زكريا
MACIE DE BOURGOGNE
RADATAZI Halim
Zektouni - Casablanca
05.22.27.73.44

63,00