

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.

N° W21-814513

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12815	Société : RATP		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	789154
Nom & Prénom : Kamella Kortsej			
Date de naissance : 06-12-1989			
Adresse : Brigade 1000 Royal Air Maroc			
Tél. : 0662 765 224	Total des frais engagés :		
Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin : Dr Abdeihak ZAKIR Pédiatre 13 Bd Ain Taoujoute 1er étg Apt N°1 Bourguine Casablanca Tél. 0522 43 67 800</p>		
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Anessous Inès			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Acte de post opératoire			
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 03 JAN 2024 Signature de l'adhérent(e) : I.BOUAFIA			
ACCUEIL			

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
29/12/23			Jusqu	INP : [REDACTED] Dr Abdellah ZAKI Pédiatre 3 Bd Ain Toubale Fer Elg Appt 101 Bouzareagh Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZAKI Casablanca 113, Bd Aïn Toubale Fer Elg 101 17200016	29/12/23	Au 2.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

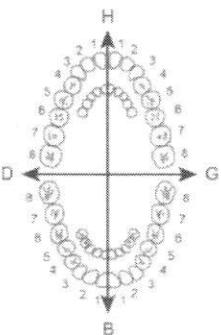
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

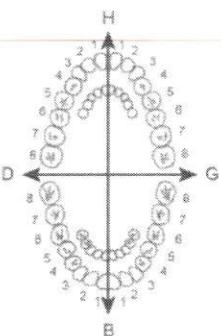
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد الحق زكير

طيب الأطفال

إختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بمونولي

طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا

محاز في انعاش الرضيع

محاز في طب الجنين

محاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

PPV: 80DH00
PER: 09/26
LOT: M2621

17,00

Lot n°: 008T033A
Pér.: 02-2026
Médicament autorisé
N°: 132/19/DM/21/NRQDNM
P.P.V: 45 DH 30

ce
éo-Natale
oetale
elle Respiratoire

17,00

pris 9. Stolz

17,30

17,00

Casablanca, le : 89-12-2023

Guesous Ines

1) supposed paracetamol 100g

100g - 25 x 4ml

13

13

steiner nez bache'

100g - 25 x 4ml

17,00

2) spécial sirop: 100g / 100cc

4

80,00

5

17,30

13, Bd Ain Toujoute (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1 Etage, Appt. N°1- Bourgogne

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