

# 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-819123

189949

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :
Matricule : 11960	Autre :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	SOB Nourreddine
Nom & Prénom : Sobhi Rhassane		Date de naissance : 28-12-1958
Adresse : 9 lotissement Villa Garden DAR BOUARZA		Téléphone : 0661170601 Total des frais engagés : 368,20 Dhs

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

**Dr Abdeihak ZAKR**  
 Pédiatre  
 13 Bd Ain Taoujlate 1er étg Appt N°1  
 Bourgogne Casablanca  
 Tel 0522 48 67 66/0595 99 99 94

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Sobhi Rhassane Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Bruxisme

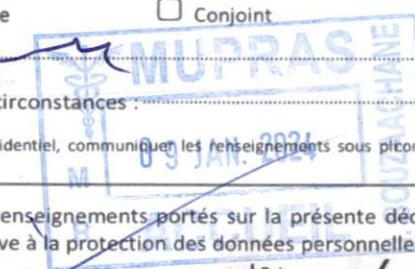
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

# RELEVE 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>													
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																	
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																	
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																	
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																	
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>															
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G			B	35533411	11433553	
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		G															
		B	35533411	11433553													
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															
		<b>VISU</b>		<b>AMM : 213 DMP/21/NNP</b>													
<b>TESTA</b>																	
<b>ET CACH</b>																	
<b>L'EXECUTION</b>																	
<b>SOUFRANE 2P.CENT</b> Solution pour pulvérisation nasale		<b>Butovent® 0.04%</b> Albutamol Aéro - Flacon de 150 ml <b>PROMOPHARM S.A.</b>															

# 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

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا

محاز في إنعاش الرضيع

محاز في طب الجنين

محاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

Sob et Musan Casablanca, le.....

06/12/20

▷,

Set a Reen (SV)

▷

21,90 - 1/2 = 21

15

▷ 30 -

Set a Reen

(SV)

- 04

▷ 118

Soufres

(SV)

16,30 -

set a Reen

- 1 /

J = 68,20 dh

**PHARMACIE DAR EL KENZ**  
DR. BIDDA RAJAA  
Résidence Dar El Kenz  
Tel: 0520 132869  
INPE 052104645

Tel: 0522 486766 - 0666 9994  
13, Bd Aïn Taoujte (en face Clinique BADR) Rés. ILIAS 1er Étage, App. N°1 - Bourgogne  
Casablanca - Tél: 05 22 48 67 66 - 06 66 99 99 94 - EN CAS D'URGENCE: 06 61 14 45 00