

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W21-819127

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 11940 Société : RAM

Matricule : 11940

☐ Actif ☒ Pensionné(e) Autre : SOBH

Nom & Prénom : Neoureddine

Date de naissance : 28.12.1958

Adresse : 9 lotissement Villa Garden

DAR BOUAZZA

Tél. : 0661 170601 Total des frais engagés : 540 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Abdelhak ZAKIR**  
Pédiatre  
13 Bd Ain Taoujlate 1er Etg Appt N°1  
Bourgogne Casablanca  
Tél 0522 48 67 66/0666 99 99 94

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : SOBH

RASSANE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : IPRAS

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



# 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
07 NOV 2023		5	300	INP : 

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien  
et du Prescripteur

Date

Montant de la Facture

07/11/23

240,00 dh.

## 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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé  
des Honoraires

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

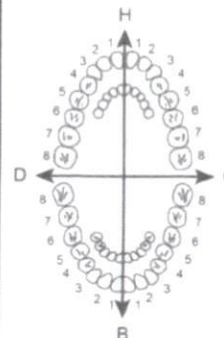
## SOINS DENTAIRES

Dents  
Traitées

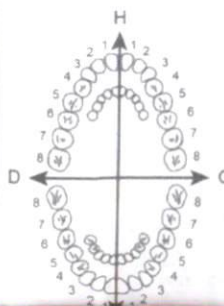
Nature des  
Soins

Coefficient

INP :



## O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



**BIOMARTIAL**  
DROPS  
LIPOFER<sup>®</sup>  
microcapsules



6 111261 530473

infant

30ml

**BIOMARTIAL**  
DROPS  
LIPOFER<sup>®</sup>  
microcapsules



6 111261 530473

infant

30ml

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

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

S. B. H. M. S. Casablanca, le : 07 NOV 2023

Bioréactif



120 x 2

10 g - 27

→ 4 Nov

$I = 240,00 \text{ dl}$

PHARMACE DAR EL KENZ  
DR. B. B. DA RAJAA  
Résidence Dar El Kenz  
101-1 Imm (E2)  
Tél : 05 20 13 28 69  
INPE 06 61 10 46 45

Dr Abdelhak ZAKIR  
Pédiatre  
13, Bd Aïn Tadjat, 1er Etage, Appt N°1  
Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 48 67 66 / 06 66 99 99 94