

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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° W21-819127

189947

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : <b>11940</b>	Pensionné(e)	Autre : <b>SOBHI Noureddine</b>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/>	Nom & Prénom : <b>SOBHI Noureddine</b>	
Date de naissance	28.12.1958		
Adresse :	<b>9 lotissement Villa Garden DAR BOUZZA 540</b>		
Tél. : <b>0661 17 06 01</b>	Total des frais engagés : _____ Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<b>Dr Abdeihak ZAKIR</b> <b>Pédiatre</b> <b>13 Bd Ain Taoujoute 1er Etg Appt N°1</b> <b>Bourgogne Casablanca</b> <b>Tél 0522 48 67 66/0666 99 99 94</b>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	<b>Sobhi RHASSANE</b>		
Nom et prénom du malade :	<b>Sobhi RHASSANE</b>		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<b>Accès</b>		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<b>Le 10 JAN 2021</b>		
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) :

Le : / /

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

**PHARMACIE DA  
RÉSIDENCE ST-JUAN**  
1-1 Imm. E. Dar  
Tél : 03 20 13 28 69  
INPE 109210464  
**EL KENZ**  
Cachet de la pharmacie

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cabinet du Pharmacien du Généraliste	Date	Montant de la Facture
DR. SIDI DAR résidence EMM tél : 05 20 13 28 66 INPE 109210464	07/11/23	240,00€ht.

## **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				Montant détaillé des Honoraires
		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 : [ ]
				Coefficient des travaux [ ]
				Montants des soins [ ]
				Début d'exécu[ ]
				Fin d'exécu[ ]
				Efficient [ ]
				Coefficient des tra[ ]
				Montant des soins [ ]
				Date du devis [ ]
<b>O.D.F</b> PROTHESES DENTAIRES				
Food supplement is not a medicine	+6 mois			
	6 111261 530473			
<b>BIMARTIAL</b> DROPS up <sup>OFFER</sup> <small>microproteines</small>				
<b>BIMARTIAL</b> DROPS up <sup>OFFER</sup> <small>microproteines</small>				
<b>BIMARTIAL</b> DROPS up <sup>OFFER</sup> <small>microproteines</small>				
infant	30ml			
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

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع  
خريج كلية الطب بمونبلييه  
طبيب مساعد سابق بمستشفيات فرنسا  
مجاز في انعاش الرضيع  
مجاز في طب الجنين  
مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسى

So B44

M-45

Casablanca, le : 07 NOV 2023

Biomark. I



120 X2

10 mm - 2g → 4mm

$\varphi = 240,00 \text{ dh}$

PHARMACIE DAR EL KENZ  
DR. BIDDA Rajaia  
Résidence Dar El Kenz  
101-1 Imm E2 DAR SOUAZZA  
Tél: 05 20 13 28 69  
INPI: 092104645

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