

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

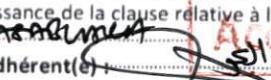
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

N° W19-456220

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8692	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IZRAEL KAREN			
Date de naissance : 01/01/1997			
Adresse : 357 CASA MEEN TOWN			
Tél. :	Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Abdellah ZAKIR Pédiatre 13, Bd. Tac Tala Bourgogne Casablanca 20000 5522456 56169			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : IZRAEL ADAM			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : MUPRAS			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 02 OCT. 2019			
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 : 01/10/2019
Signature de l'adhérent(e) : 

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
11/01/18	ca		250	 Dr. Nabil Zakir Tel: 06.61.14.15.99 GSM: 06.66.99.99.01 N°1 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
17/01/2019 Dr. EL GHAZALI Casablanca	1/1/2019	7851.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)																								
				INP : <input type="text"/> / <input type="text"/>																								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			H		25533412	21433552			00000000	00000000	D		00000000	00000000			35533411	11433553	B				G			
H		25533412	21433552																									
		00000000	00000000																									
D		00000000	00000000																									
		35533411	11433553																									
B																												
G																												
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																										
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																										
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																										

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 والرضيع

خريج كلية الطب بمونبولي

طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا

جاز في إنعاش الرضيع

جاز في طب الجنين

جاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسى

Dr. Zaki A.I.

Casablanca, le : 01 OCT 2019

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain seba Casablanca
MENACTRA 0,5 ML SOL
INJ 1FL

PPV : 785,00 DH



5 118001 081981

785,00

Menactra



PHARMACIE
17, Rue El Ghazali
Casablanca
Maroc

Dr. Abdelhak ZAKIR
Pédiatre
13, Bd. Taoujtate Bourgogne
Casablanca
Tél. : 05 22 45 67 66/69

13, Bd. Aïn Taoujtate (en face Clinique BADER) - Rés. ILIAS 1er étage, App. N°1 - Bourgogne
Casablanca - Tél. : 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94 - ENCAS D'URGENCE : 06 61 14 45 00