

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-456958

MS = 31748

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12321

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELBMOUAD

TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

Adresse : VILLAS DES PRES N 162 DAR BEAHAZZA
NRAACOUR CASABLANCA

Tél. : 2661 0977 41

Total des frais engagés : 689,02 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdellah Zakir

Pédiatre

N°13, Bd. Allal Ben Abdellah - Casablanca

Tél : 05 22 20 45 45 / 05 22 22 78 18

GSM : 06 61 18 15 00

15 MARS 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Age

Infant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

ET HONORAIRES	Cachet et signature attestant le Paiement
Montant détaillé Honoraires	DR. A. H. D. M. 12-06-06 06.61.14.45.00 Montant à verser : 12-06-06 06.61.14.45.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
439100	clolo3120	PHARMACIE 17 RUE EL GHZALI Casablanca

DONNANCES

MONTANT DE LA

PHARMACIE 134454 MAINTENANCE
17, Rue El Ghazali
Casablanca.

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
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODDF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <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"/>																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
					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 Hôpitalier

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 بمونتلي

طبيب مساعد سابقاً بمستشفيات فرنسا

مجاز في إنعاش الرضيع

مجاز في طب الجنين

مجاز في ترويض أمراض الجهاز التنفسي

ELBAUDOURI LOUISA

Casablanca, le :

10/03/20

439,00

- Hexodin

PHARMACIE LES MARISES MARINES
17, Rue El Ghazali
Casablanca

Dr. Abdelhak Zakir
Pédiatre

N°13, Bd. Ain Taoujte 1er étage Appt. N°1 - Casablanca
Tél : 05 22 48 67 66 / 69 - 06 66 99 99 94
GSM : 06 61 14 45 00



Hexaxim

1 syringe/jeringa - 0.5 ml

1 dose/dosis

Una dosis (0,5 ml) contiene:

• Toxoide diftérico	≥ 20 UI
• Toxoide tetánico	≥ 40 UI
• Antigenos de <i>Bordetella pertussis</i> :	
Toxoide pertúsico/ Hemaglutinina filamentosa	25/25 mcg
• Poliovirus (Inactivado) tipos 1/2/3 ...	40/8/32 UD
• Antígeno de superficie del virus de la Hepatitis B	10 mcg
• Polisacárido de <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b ...	12 mcg
conjugado con proteína tétanica	22-36 mcg

Lista de excipientes

Hidrogenofosfato de disodio, dihidrogenofosfato de potasio, trometamol, sacarosa, aminoácidos esenciales incluyendo L-fenilalanina, agua para inyectables.

Agitar antes de usar.

Leer el prospecto antes de utilizar este medicamento. Mantener fuera de la vista y del alcance de los niños.

Consevar en nevera (2°C a 8°C). No congelar.

Consevar el envase en el embalaje exterior para protegerlo de la luz.

Sanofi Pasteur

14 Espace Henry Vallée

69007 Lyon

France/Francia

MANUF.: 16022018

LOT: R3C338V

EXP/CAD: 01-2021

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca

HEXAXIM 0.5ML 1F 2AIG
P.P.V: 439,00 DH

6 118001 082063

1 seringue - 0,5 ml - 1 dose

Hexaxim

