

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	319	Société :	AT
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		REZKI JILALI	
Date de naissance :		17-06-41	
Adresse :		3 RUE 3 HAY CHEM S	
Téléphone :		0522 368408	
		Total des frais engagés : 28 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	Dr. Abdelkhalak ZAHOUANI
Date de consultation :	03 NOV 2022
Nom et prénom du malade :	REZKI JILALI
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Aff. de goutte / Veine
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :	
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 : Casa

Le : 03/11/2022

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
ZZZ AON E.O			250 n	Dr. Abdelkhalak ZAROUI Pédiatre - Allergologie Imme Communal Angle Bd. Sidi Abderrahmane & Route d'Azemmour Tel: 05.22.91.43.33 (05.22.89.44.20) Casa

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR EL MABROUKI HAKIM Dr. El Mabrouki Hakim Bd. Oum Rabia Gulla - Casablanca Tel: 0522 93 20 26	03 MA 2022	284,10

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

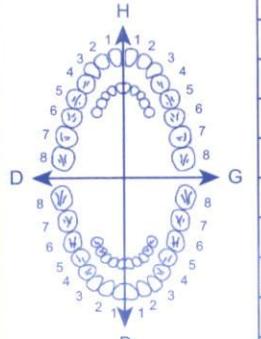
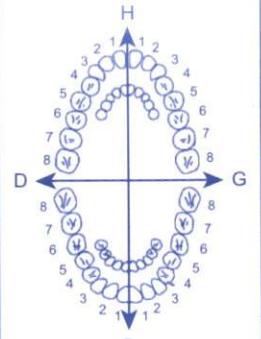
Cachet et signature du Pharmacien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM	PC		
PPC: 79,50dh	LOT 221320 EXP 04/2025 PPV 21,50 DH	ZENITH Pharma AMM N° 171/16 DMP/21/NNP	Sanofi-aventis Maroc Route de Rabat -R.P.1. Ain sebaâ Casablanca Typhim vi inj b1 ser 1 dose P.P.V: 126,20
36,00	LOT 221292 EXP 04/2025 PPV 21,50 DH	6 118 00 1 272 228	PPV: 20,90 DH

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>																
<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				Coefficient des Travaux												
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

# CABINET DE PÉDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

## عيادة طب الأطفال و الحساسية

**Docteur Abdelkhalek ZAHOUANI**

Spécialiste en Pédiatrie et Allergologie

Asthme - Allergies dermatologiques et Alimentaires

Lauréat du C.H.U. Averroes

Ancien Chef de Service

03 NOV. 2022

**الدكتور عبد الخالق زهوانى**

اختصاصي في طب الأطفال والرضع

الضيق وأمراض الحساسية الجلدية والغذائية

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس مصلحة سابقا

36,00

- Drus Box Jour



49,50

- Reckitt E



21,50

- Compresse E



126,20

- Typhim V



20,90

- Vit D Bongard

**Dr. Abdelkhalek ZAHOUANI**  
Pédiatre - Allergologue  
Imme Communal Angle Bd. Sidi  
Abderrahmane & Route d'Azemmour  
Tél : 05.22.91.43.33 / 05.22.89.44.20 - Casablanca



عمارة الجماعة - زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و طريق أزمور

1er Etage N° 6 - Casablanca - Tél.: 05 22 91 43 33 / 06 63 48 11 21 - الهاتف:

الطابق الأول رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف:

E-mail: abd.zahouani@gmail.com

PHARMACIE HAY EL MATAR  
Dr. EL MABROUKI Hakim  
1 ét. 05 22 91 43 33 - Casablanca  
Tél. 05 22 91 43 33