

# 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.

# Déclaration de Maladie

N° W21-776957

AS9561



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZERMOUNI SOFIANE

Date de naissance : 01/12/1987

Adresse : RBS LBS GUN SQUARE 1MIS 8 Appart 19  
NASSIM ALMAZ CASABLANCA

Tél. : 0662129142

Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Fouzia ALASS  
57 Rue Sijlmassa  
Belvédère - Casablanca  
Tél. 022 24 71 94

Date de consultation : 12/04/2023

Nom et prénom du malade : ZERMOUNI SOFIA Age: 39

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté : Tous + Chypre

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 : CASABLANCA le 12/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 12/04/2023

## 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
12.04.2023	S	1	300 DH	INP : 094009773
	SARL			Docteur Fouzia ALASS 57 Rue Sijima Asa Casablanca

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de la Pharmacie du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. Amal N218 Sud Square Rouadé 52610216 00101-80000172	12/14/23	204,50

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fouzia ALASS  
Pédiatre

Diplômée de la faculté de médecine de Paris  
Spécialiste des maladies des enfants  
et nouveaux nés  
Ancienne assistante des hôpitaux de Paris  
Diplôme d'université d'Endoscopie  
Digestive et Proctologie Pédiatrique



الدكتورة فوزية العاص

طب الطفل والرضيع

خريجة كلية الطب بباريس

طبيبة سابقة بمستشفيات باريس

طب الجهاز الهضمي

Casablanca, le 12-4-2023 الدار البيضاء، في

Zerhouni Sofia.

1) VentoLine spray.

140,00 2 bousffes x 2 à 3/j

2) Saglu 125.

40,00 2 bousffes x 2/j  
3) Prenab 2s

24,50 1/2 pd 2x/j

4) Loraleu 1 sach/j

204,50

PHARMACIE SUN SQUARE ALMAZ SARL  
Dr. Amrani Walid  
Mag. N° 18, Sun Square Almaz, Avenue Almaz,  
Morada Sud Ouest Casablanca  
TÉL: 52600216 - PATENTE: 12466029  
ICE: 003107360000072 - CNSS: 4298384

LOT: GB21161  
PER: 05/2024  
PPV: 140 DH 00

PPV(DH):  
140,00

PPV: 24DH50  
PER: 10/24  
LOT: L3517

Belvédère 022 271394  
57 Rue Sijilmassa  
Doctor Fouzia ALASS