

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-799033

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

7368

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

OULAYA HOUSSNA

HOUSSNA

Date de naissance :

04-10-67

Adresse :

28 LIS HAS FATEH OULFA CASABLANCA

Tél. :

0668 86 39 44

Total des frais engagés : 522,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

10/06/2023

Nom et prénom du malade :

OUATHA HOUSSNA

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :

BRONCHITE

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 : 12/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-799033

F. 244 RA
7368

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

7368

Nom de l'adhérent(e) :

OULAYA HOUSSNA

Total des frais engagés :

522,00

Date de dépôt :

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
10.06 du 23	U		255.-	INP : 09.06.14004 Dr. Abdelkhalak ZAIDI Pédiatre - Allergie Boumoun A. - Bd. Sidi Azemmour R. 39.44.20 - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMZA C.F. BLANCA Lyon, Naf lech Rue 6 N° 3 Lot 64 Casablanca - Téh 0522991028	10/08/2013	239,00

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	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 00000000	<hr/>		35533411	11433553	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
H	G											
25533412 00000000 00000000	21433552 00000000 00000000											
<hr/>												
35533411	11433553											
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<input type="text"/> DATE DU DEVIS								
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXECUTION

CABINET DE PEDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الأطفال والحساسية

Docteur Abdelkhalek ZAHOUANI

Spécialiste en Pédiatre et Allergologie

Asthme - Allergies dermatologiques et Alimentaires

Lauréat du C.H.U. Averroes

Ancien Chef de Service

10 JUIN 2023

الدكتور عبد الخالق زهوانى

اختصاصي في طب الأطفال و الرضيع

الضيق وأمراض الحساسية الجلدية والغذائية

خريج المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس المصلحة سابقا

- Augmente Dox 100
79,90 x 2 100 x 315

PPU: 79,90 DH
LOT: 651116
PER: 06/24

63,20 Zyrtec 10 mg x 145 63,20

PPU: 79,90 DH
LOT: 650906
PER: 11/24

- Doliprane 0.05
100 x 315

LOT: 2300007
BLUB: 01/2026
49.000DH

49,10 - Solvadex
272,00 - Nefex 5
- VIT D Bonoza

Dr. Abdelkhalek ZAHOUANI
Pédiatre - Allergologie
Imme Communal-angle Bd. Sidi
Abderrahmane & Route d'Azemmour
Tel: 05.22.91.43.33 / 05.22.89.44.20 - Casa

العمارة الجماعة . زاوية شارع سيدى عبد الرحمن وطريق ازمور

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

E-mail : abd.zahouani@gmail.com