

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-799033

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7368 Société : ROYAL AIR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : OUAICHA HOUSSENI

Date de naissance : 04-10-67

Adresse : 23 LIT HAS FATEH OULFA CASN

Tél. : 0668 86 39 44 Total des frais engagés : 522,00 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/2023

Nom et prénom du malade : OUAICHA HOUSSENI

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : Branchite

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 : CASN Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-799033

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) : F. ZAHRA

Total des frais engagés : 522,00

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

RELEVÉ 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
10/08/2023	h		250,00	INP : 09 140004 Dr. Abdelhak ZAFER Pédiatre - Allergologue Bd. Sidi Abdelrahmane & R. Azemmour 304420 - Casa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HAMZA CABDLANCA Lot. Maj. Jech R206 N° 3 Lot. 64 Cabdlanca - Tél: 0522 93 10 28	10/08/2023	229,00

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 border="1"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT 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 زهواني

إختصاصي في طب الأطفال و الرضع

الضيق وأمراض الحساسية الجلدية والغذائية

خريج المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس المصلحة سابقا

Abdelkhalek F. Zehre

- Augmentin 800 J
79,90 x 2 1/4 x 3 J

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

- Zyrtec 10
63,20 1/2 x 14 J 63,20 Gel

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

- Solfrane 800
1/2 x 3 J

LOT: 650907
650907
49,000H

- Solutio
47,00
272,00 x 3 J
- Vit D Bonze

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

عمارة الجماعة - زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وطريق ازموور Immeuble Communal-angle Bd Sidi Abdrrahmane & Route d'Azemmour

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

E-mail: abd.zahouani@gmail.com