

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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

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

AS : 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° W21-728353

### Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

7368

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUAKIKATO HOUSSNI

Date de naissance :

04-10-67

Adresse :

23 LTS 145 FATEH OULFA CASA

Tél. :

0668 86 39 44

Total des frais engagés : 1464 Dhs

1464 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

02 MAI 2023

Nom et prénom du malade :

Dr. Abdellah Zahruani

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

Pédiatrie - Allergologie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Immeuble Azemmour

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 :

CASAB

Signature de l'adhérent(e) :

Hanza

Le :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-728353

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).

Hanza

7368

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

1464

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 INP : 091140004
22 MAI 2023			250	<i>Dr. Abdelkalek ZAHGBANI Pediatre - Allergologie Imme Communal Avenue Bd. Sidi Abderrahmane &amp; Route d'Azemmour Tel: 022 9143 2289 44 20 - Casa</i>

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture Tél: 022 9143 2289 44 20 - Casa

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centre de Biologie Médicale Service Facturation</i>	04/05/23	Analyses	1214.00.00

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

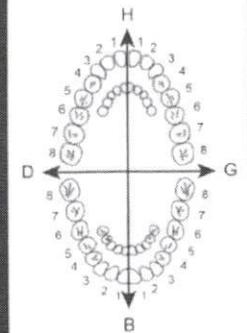
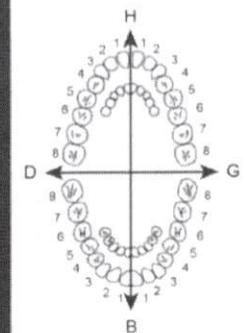
**VOLET ADHERENT**

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

**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 :
				_____
				_____
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> _____
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> _____
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> _____
				<b>FIN D'EXECUTION</b> _____
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> _____
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> _____
				<b>DATE DU DEVIS</b> _____
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> _____

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	35533411	11433553
B		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS** \_\_\_\_\_

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION** \_\_\_\_\_

# CABINET DE PEDIATRIE-ALLERGOLOGIE

## عيادة طب الاطفال و الحساسية

### Dr . Abdelkhalek ZAHOUANI

#### Pédiatrie et Allergologie

casablanca le: 02/05/23

Dr. Makkaoui Hélène

- Crypte



Dr. Abdelkhalek ZAHOUANI  
Pédiatre - Allergologue  
Imme Communal  
Abderrahmane & T  
Tél : 05.22.91.43.33  
Bd. Sidi Azemmour  
69.44.20 - Casablanca

**Institut Pasteur Casablanca**  
1 Place Louis Pasteur  
20360 CASA HOPITAUX  
TEL : 0522434471/72  
FAX : 0522260957  
INPE : 090005786



Contact : 0522434463

ICE : 001594848000023  
IF : 1085828

**FACTURE 04/05/23-1-0014**

*Edité, le 09/06/23*

Réf : 04/05/23-1-0014

**Enfant Garçon OUAKKADI HAMZA**

Matricule:

CIN:

20000 CASABLANCA

Vous avez effectué des analyses le 04/05/23  
Prescrites par le DR ABDELKHALEK ZAHOUANI  
Veuillez trouver ci-dessous le détail de nos honoraires

code	libellé	lettre	Nb Lettre
HN409	CARYOTYPE CONSTITUTIONNEL - SANG TO	BR	1200
FR10	PRELEVEMENT SG	FR	10
FR4	FRAIS TIMBRE	FR	4

Total BM : 0

Total BP : 0

Total BR : 1204

Mnt BM : 0 \* 0.90 = 0

Mnt BP : 0 \* 1 = 0

Mnt BR : 1204 \* 1 = 1204

Mnt FR : 10 \* 1 = 10

TOTAL dossier = 1214 DH

