

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <u>30625</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>FATH</u>			
Date de naissance : <u>31/01/78</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0661223562</u>		Total des frais engagés : <u>190390</u> Dhs	
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>14 JAN 2023</u>			
Nom et prénom du malade : <u>FATH YAZANI</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Age : <u>42</u>
Nature de la maladie : <u>Affection</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>DR</u>			
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 : RAM

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 14/01/2023



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
M 11/11/23	es		25000	INP : 091082354 DOCTEUR KADA ZAIR Jamel DENTISTE - ALLERGOLOGIE 8, BANQUE EL Mansour CASABLANCA Tél: 0522 6010522 987968

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Désignation des Coefficients	Montant de la Facture
PHARMACIE LAINOUNI SARL AU 166, DAKO ALLAYOUNI 22 09 94 Date 18/06	14/11/23	Montant de la Facture Tél: 0522 6010522 987968	112.40

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

VOLET ADHERENT

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 : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000	G 00000000		DATE DU DEVIS
	B 35533411	G 11433553		DATE DE L'EXECUTION
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

الدكتور قادا الزاير جمال

**DOCTEUR KADA-ZAIR Jamel**

DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DES ENFANTS ET DES NOURRISSONS  
ASTHME - ALLERGIE PEDIATRIQUE  
8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél. : C. 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68  
E-mail : kadaair@gmail.com  
Urgence : 06 61 14 16 22  
INPE : 091082354  
ICE : 001746690000091

خريج كلية الطب بنانسي  
حاصل على شهادة الإختصاص في أمراض الأطفال والرضع  
ضيقة حساسية الطفل

8، شارع يعقوب المنصور الدار البيضاء  
هاتف العيادة: 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68  
مستعجلات : 06 61 14 16 22

Casablanca, Le.....14/11/2023.....

FATH Yazan

19,00 Age: 2ans 10mois , Poids : 15.16 kgs )

NURODOL (sirop) :

1 dose toutes les 06 heures



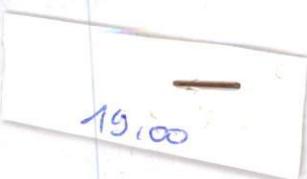
OFIKEN 100 (sirop) :

1 dose( poids) matin et soir, pendant 8 Jour(s)



Docteur KADA ZAIR Jamel  
PEDIATRIE - ALLERGODERMIE  
8, Bd. Yacoub El Mansour  
CASABLANCA  
Tél.: 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68

**PHARMACIE LAIMOUN SARL AU**  
466, Lot. Allaymoun Lissasa  
Casablanca - Tel. 05 22 90 94 94  
RC: 381781 - TP: 35293297 - IF: 24821866  
6118000180715



93,40

