

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W19-510191

CA

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8081		Société : RAM	
<input checked="" type="radio"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : OUAJJOU ADD ELIAH			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 06-61-09-90-56		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 06/01/2020	
Nom et prénom du malade : OUAJJOU ZINEB	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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 : \_\_\_\_\_ Le : 10/01/2020  
Signature de l'adhérent(e) : ONE





# الدكتور قادا الزاير جمال

DOCTEUR KADA-ZAIR Jamel  
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY  
SPECIALISTE DES MALADIES  
DES ENFANTS ET DES NOURISSONS  
ASTHME - ALLERGIE PEDIATRIQUE  
8, Bd. Yacoub El Mansour - Casablanca  
Tél. : C. 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68  
Fax : 05 22 23 08 07  
E-mail : kadazair@gmail.com  
Urgences : 06 61 14 16 22  
INPE : 091082354  
ICE : 001746690000091

خريج كلية الطب بنانسي  
حاصل على شهادة الاختصاص في أمراض الأطفال والرضع  
ضيقية حساسية الطفل

8 شارع يعقوب المنصور الدار البيضاء  
هاتف العيادة : 05 22 25 82 60 / 05 22 98 79 68  
الفاكس : 05 22 23 08 07  
مستعجلات : 06 61 14 16 22

06/01/2020  
Casablanca, le .....

OUAJJOU Zineb

15,80 ( Age: 10ans 10mois ) Poids : 32.60 kgs )

DOLIPRANE 500 (cp) :

1 cp 04 fois par jour

79,190 x 2

AUGMENTIN enfants (sachets) :

1 sachet 3 fois par jour, pendant 8 Jour(s)

STERIMAR (spray) :

1 instillation nasale 3 fois par jour

11,70 DULTAVAX

302,60

PHARMACIE CHOKR  
Dr ZINE EL AÏDÉ ZEAKIA  
Km 14 Douar Ouled M'hamed  
Boulaoura Casablanca  
PEDIATRIE - ALERGOCIE  
8, Bd. Yacoub El Mansour  
TEL: 0522 23 08 07 / 05 22 98 79 68

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Dultavax inj b1 ser 1 dose  
P.P.V : 127,00 DH

E 118001 080342



AUGMENTIN  
500mg/62,50mg  
12 sachets

PPV : 79,90 DH  
LOT : 615268  
PER : 05/21

