

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.

N° W19-519956

N°. 19877

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9423	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Abdellah
Nom & Prénom :			
Saud Abdellah			
Date de naissance :	02.04.67	Adresse :	
GREEN TOWER, N° 461 la villa verte Bouskoura Casablanca			
Tél. :	661487489	Total des frais engagés :	300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :	04 FEV. 2020	Age :	50
Nom et prénom du malade :			
Saud ADAM			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Vaccin			
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.			
05 FEV. 2020			

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 :

CASA

Le : 09 / 02 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
04 FEV. 2020	G		250,-	INP : 09110004 Signature : 202-03-44-20

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Naima INP: 92044569	04.02.20	164,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'O.D.F.

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"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H		21433552 00000000	G	25533412 00000000
D		00000000 35533411	B	00000000 11433553
[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 ET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur Abdelkhalek ZAHOUANI

Spécialiste en Pédiatrie et Allergologie

Asthme - Allergies dermatologiques et Alimentaires

U. Averroes
de Service

04 FEV. 2020

الدكتور عبد الخالق زهوانى

اختصاصي في طب الأطفال والرضع

الضيقه وأمراض الحساسية الجلدية و الغذائية

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس مصلحة سابقا



144.00
-Tetraxin
-
(S.V)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1
Ain sebaâ Casablanca
Tetraxin inj b1 ser 1 dose
P.P.V : 144,00 DH
6 118001 080724

20.90
-nt D B m lns

(S.V)

164.90

Dr. ZAHOUANI Abdellah
PEDIATRIE ALLERGOLOGIE
Im. Cité des sciences
Sidi Abderrahmane
d'Azemmour - Casablanca
Tél: 02 25 25 25 25

J



عمارة الجماعة - زاوية شارع سيدى عبد الرحمن و طريق أزمور

الطابق الأول رقم 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 91 43 33 / 06 63 48 11 21

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

E-mail : abd.zahouani@gmail.com