

## 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

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-599028

SN

62795 A

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30625

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FATH EL HAJ EL HARSANE

Date de naissance :

1971  
Maanif

Adresse :

Tél. : 0661223562

Total des frais engagés : 143,5 + 250 = 393,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur KADA ZAIR Jamel  
PEDIATRIE - ALLERGOLOGIE  
8, Bd. Yacoub El Mansour  
CASABLANCA  
Tél. 0522 20 45 45 / 05 22 78 18 68

Date de consultation :

16/02/2023

Nom et prénom du malade :

YAZID

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fiebre

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 :

Cher

Signature de l'adhérent(e) :

JL

Le : 16/02/2023

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-599028

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 : 30625

Nom de l'adhérent(e) :

393,5

Total des frais engagés :

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
16/08/2015	CR		25000	INP: 091082354 DOCTEUR KADIA ZAIR Jamel PEDIATRIE ALLERGOLOGIE Dr. El Mansour

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien - ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>ACIE SÖCRATE</del> nou Majot Chantmar 2 xtention - Casablanca : 0522 94 81 10	16/12/21	549,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			
	<b>H</b> 25533412 00000000	<b>G</b> 21433552 00000000		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>D</b> 00000000 35533411	<b>B</b> 00000000 11433553		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				

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

الدكتور قادا الزاير جمال

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



16/02/2021

Casablanca, le .....

FATH Yazan

( Age: 1 mois 4 semaines 1 jour , Poids : 5.55 kgs )

DOLI PEDIATRIQUE (sirop) : 17,50

1 dose toutes les 06 heures

ROTARIX : 252,00

INFANRIX HIB : 280,00



Docteur KADA ZAIR Jamel  
 PEDIATRIE - ALLERGOLOGIE  
 8, Bd. Yacoub El Mansour  
 Tél: 0522 25 82 60 / 05 22 98 79 68

T = 549,50

