

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.

Diagnostique 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.

Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

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



72892

CA

Déclaration de Maladie : N° P19-0000084

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8781 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HOUSSEINI HAMZA Date de naissance : 03/05/1970
Adresse : 64 RES ATLAS APT 14 MAZOLA CASA
Tél. : 0669 82 89 35 Total des frais engagés : #728,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28 05 2021
Nom et prénom du malade : Housseini Hamza Age : 16/6/17
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Allergie alimentaire
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

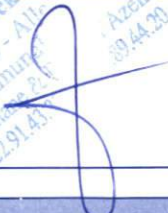
Déclaration de maladie N° P19-0000084

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 :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

RELEVÉ 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
28.05 2021	voir note		600 Dn	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/05/21	128,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

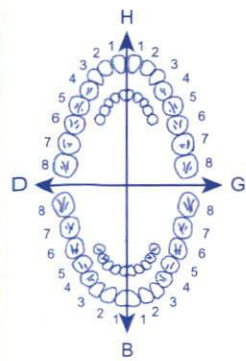
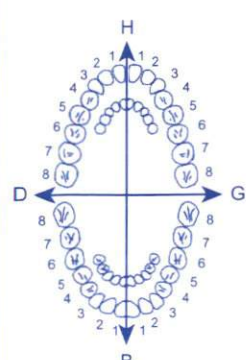
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

CABINET DE PEDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur Abdelkhalek ZAHOUANI

Spécialiste en Pédiatrie et Allergologie

Asthme - Allergies dermatologiques et Alimentaires

Lauréat du C.H.U. Averroes

Ancien Chef de Service

الدكتور عبد الخالق زهواني

إختصاصي في طب الأطفال و الرضع

الضيق وأمراض الحساسية الجلدية والغذائية

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس مصلحة سابقا

28 MAI 2021

Houssaini Abdel

45,30

(SV)

- Ventoline

2 bouff x 4 h x 8 J

83,00

(SV)

- Aurocl

1 bouff x 2 h x 4 J

T = 128,30

1 bouff x 2 h x 4 J

- Chaire

Pharmacie

DR. ABDELKHALEK ZAHOUANI
Pédiatrie - Allergologie
Immeuble Communal Angle Ed. Sidi
Abderrahmane & Route d'Azemmour
Tél: 05 22 91 43 33 / 05 22 82 44 20 - Cas
240, Bd Brahim Roudane
ROUTE DEL D...
PHARMACIE

Glaucostimuline
Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH



LOT: GB10143
PER: 12/2022
PPV: 83 DH 00

28/5/21

Dr ZAHOUANI Abdelkhalek

CABINET DE PEDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

NOM: Houssaini Abdelkhalik

TESTS CUTANES :

1- TEMOIN POSITIF

6/15

8 - TEMOIN NEGATIF

2- D P

7/12

9 - ALTERNARIA

3- D F

3/6

10- ASPERGILLUS

4- BOULEAU

5- ~~AMEROISIK~~ ^{PECHE}

11- HERBACEES

12- MIMOSA

6- 5 GRAMINEES

13- OLIVIER

7- ~~FEOLE~~

Cerise 2/5

14- CYPRES

15 - Peche greffe'

RESULTAT :

Tous les tests cutanés positifs aux
a Carieux DP +++ DF+ et Cerise+

Dr. Abdelkhalek ZAHOUANI
Pédiatre - Allergologue
Imme Commerciale Angle Rd. Sidi
Abderrahmane & Route d'Azzamour
Tél : 99 22 91 43 23 / 99 22 99 44 20 - CEN

CABINET DE PEDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

عيادة طب الأطفال و الحساسية

Docteur Abdelkhalek ZAHOUANI

Spécialiste en Pédiatrie et Allergologie

Asthme - Allergies dermatologiques et Alimentaires

Lauréat du C.H.U. Averroes

Ancien Chef de Service

الدكتور عبد الخالق زهواني

إختصاصي في طب الأطفال و الرضع

الضيق و أمراض الحساسية الجلدية و الغذائية

خريج المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس مصلحة سابقا

Abdelkhalek ZAHOUANI

28 MAI 2021

28 MAI 2021

Note Pourvus

Low realization of KTS
Cutting mixts
g's devant a (600,000)

Dr. Abdelkhalek ZAHOUANI
Pédiatre - Allergologue
Imme Comm - angle Bd. Sidi
Abderrahmane & Route d'Azemmour
Tél: 05 22 91 43 33 / 06 63 48 11 21 / 05 22 91 44 20 - Casa