

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-660034

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule : <input checked="" type="checkbox"/> Actif	Société : <i>950981</i>		
Nom & Prénom : <i>OUIASSOUI Abdellah</i>	Pensionné(e) <input type="checkbox"/>	Autre : <i>golf City TR 63 N° 297</i>	
Date de naissance : <i>30/11/1971</i>			
Adresse : <i>Bouskoura es 100 - Casablanca</i>			
Tél. : <i>06 61 09 90 56</i>	Total des frais engagés : <i>1008,40</i> DHS		
<b>Cadre réservé au Médecin</b>			
Cachet du médecin :	Docteur KADA ZAIR Jamel Spécialiste Pédiatre 8, Bd. Yacoub El Mansour CASABLANCA Tél.: 0522 25 E2		
Date de consultation : <i>16/10/2021</i>	Age : <i>31</i>		
Nom et prénom du malade : <i>OUIASSOUI Zineb</i>	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Lien de parenté : <i>Femme</i>			
Nature de la maladie : <i>Fevere</i>			
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 : *Casablanca*

Le : *21/10/2021*

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
16/10/2023	P2		25000	INP : 091082381 Docteur KADIA Dr Janel Dentiste pédiatrique Yacoubi - Casablanca - Maroc Tél : 0522 25 09 78 - César

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Imme. Anatole GABER DANTON Docteur en Pharmacie PHARMACIE DANTON 47, Boulevard Bir Anzarane Tél : 0522 25 09 78 - Casablanca	16/10/2023	758,40

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

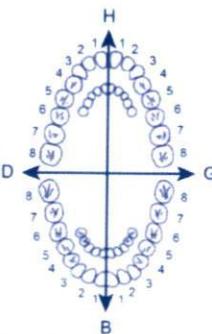
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

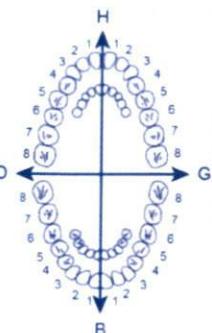
#### Important :

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

	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	G	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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  
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 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  
الفاكس : 05 22 23 08 07  
مستعجلات : 06 61 14 16 22

16/10/2021

Casablanca, le .....

OUAJJOU Zineb

14,40 ( Age: 12ans 7mois , Poids : 46.00 kgs )

DOLIPRANE 500 sachets :

1 sachet / 6 heures

GARDASIL

744,10

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

Mme. Amal EL QABBAJ BAIFI  
Docteur en Pharmacie  
PHARMACIE DANTON  
47, Boulevard Ben Anzala \* Casablanca  
Tél. : 0522 25 69 78



GARDASIL®  
Suspension injectable de vaccin  
Boîte de 1 seringue pré remplie de 1 dose  
P.P.V : 744,00 DH  
AMM N°: 323/18DMP/21NRQ  
Distribué par MSD Maroc

6 118001 160365

T = 758,140