

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



107070

Déclaration de Maladie : N° P19-0000170

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8781 Société : R.A.M
☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :
 Nom & Prénom : HOUSSAINI HAMZA Date de naissance : 03/05/1970
 Adresse : 64 RESATLAS A APT 14 MAZOLA CASABLANCA
 Tél. : 0669 82 89 35 Total des frais engagés : #605,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08 MARS 2022
 Nom et prénom du malade : HOUSSAINI ABDELLAH
 Lien de parenté : ☐ **Lui-même** ☐ **Conjoint** ☒ **Enfant**
 Nature de la maladie : Bronchite
 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) :



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.

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

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

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
08 MARS 2022			250 n	Dr. Abdelkader Zaidi Pédiatre - Allergologue Imme Commune & Rm 101 - Azemmour Tel: 05 22 91 43 33 - 06 22 89 44 20 - Cas

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE POLYCLINIQUE Dr TIR Abdelaziz 58, Bld: Mh. Hachem - Hay Mohammadi Tel: 022 70.27.57 - CAS	08/03/22	355,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

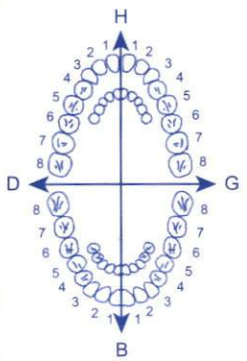
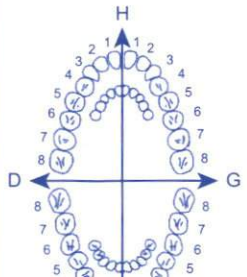
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS

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

08 MARS 2022

234,00

Budene Spray

45,30

Inala Spray

55,00

Kuter

20,90

Vit B

355,20

Houssaeni Abdelk

PHARMACIE
Dr. TIA A
55, Rue d'Alger
Tél: 022 90.2

Document sur ordonnance / only on prescription
بصرف فقط بموجب وصفة طبية
لائحة II - List II - II

ZENITH Pharma
AMM N° 171/16 CMP/21/NNPR
6 118001 272228
PPV : 20,90 DH

PPC : 55,00 DH

POSOLOGIE :
• Adulte : 15 ml trois fois par jour
• Enfant : 5 à 10 ml trois fois par jour selon l'âge

CODE No / No DU CODE
MH/DH/DS/AY/146
B No / No LOT CK 010F
MFD / FAB : 08/2020
EXP : 08/2024
(01)18901110992520
(21)YTYCKD26AX20CX

Formulation à base de plantes

Dr. Abdelkhalek ZAHOUANI
Pédiatre - Allergologue
Imme Communal Angle Bd Sidi
Abderrahmane & Route d'Azemmour
Tél : 05 22 91 43 33 / 05 22 89 44 20 - Cas

LOT 070R007A EXP 07/23
PPV 234DH00

Lot N° : 0008N116
FAB : 10-2019
EXP : 10-2022-
PPV : 45DH30