

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 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

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 Anglé 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° W21-705157

226/88

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30625 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : FATH

Nom & Prénom : FATH

Date de naissance : 31/01/79

Adresse : CASA

Tél. : 0661223562 Total des frais : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur KADA ZAIR JAMEL, Spécialiste Pédiatre, 8, Bd. YACCOUB EL MANSOUR, CASABLANCA, Tél: 0522 25 82 60 / 05 22 98 79 68

Date de consultation : 05-2022

Nom et prénom du malade : FATH YAZAN

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : FATH

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 : CASA

Le : 24/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
24-5-22	G		250 DA	INP : 091082354 Docteur KADA ZAIR JAMEL Spécialiste Pédiatre 8, Bd. YACCOUB EL MANSOUR CASABLANCA Tél: 0522 25 82 61 / 05 22 98 79 88

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/05/2022	364,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

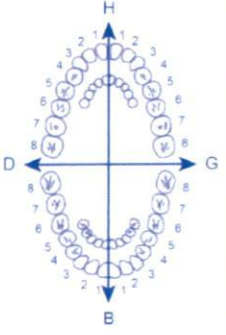
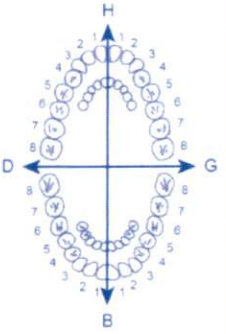
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession			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"/>	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

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 NOURISSEMENTS
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 : jkadazair@menara.ma

Urgences : 06 61 14 16 22

INPE : 091082354

ICE : 00174669000091

Casablanca, le

24/05/2022

الدكتور قادا الزاير جمال

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

FATH Yazan

(Age: 1an 5mois , Poids : 11.66 kgs)

DOLI PEDIATRIQUE (sirop) :

1 dose toutes les 06 heures

VARIVAX :



T = 364,0

Titulaire de l'AMM et fabricant/

صاحب رخصة التسويق والمصنع

Merck Sharp & Dohme Corp.

770 Sumner Town Pike, P.O. Box 4

West Point, Pennsylvania, 19486,

Etats-Unis/الولايات المتحدة الأمريكية

Formulation réfrigérée stable.

Libéré par/

يتم إصدار التشغيلة من قبل

Merck Sharp & Dohme BV

Waarderweg 39, P.O. 581

2031 BN, 2003 PC Haarlem

Pays-Bas/هولندا

Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.

VARIVAX®

(Virus de la varicelle vivant atténué

[souche Oka/Merck])

Un flacon unidose de 0,5 ml de vaccin en poudre et
un flacon unidose 0,7 ml de solvant stérile pour
reconstitution.

يحفظ بعيدا عن متناول ومراى الأطفال

فاريفاكس®

فيروس داء الحمى حي موهن سلالة أوكا / ميرك

قارورة ذات جرعة واحدة 0,5 مل من مسحوق اللقاح

وقارورة ذات جرعة واحدة 0,7 مل من مخفف لإعادة التشكيل

VARIVAX® vaccin
Suspension injectable
Boîte d'un flacon unidose de 0,5 ml
PPV: 364.00 DH
AMM N°: 789/160MP/21/NSF
Distribue par MSD Maroc

