

# 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

- Reclamation : 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.

# Déclaration de Maladie

N° W21-641911



Mal 69

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9850	Société :	12AM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	CHEHBI NAJIB
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse : 14 12100 AIBOU TAUJ 12ES 12AM 12 APP 26 MAART			
Tél. : 0661428631 Total des frais engagés : 735 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin :	DR. FETHI ZERHOUNI
Date de consultation :	12/12/2012	Age :
Nom et prénom du malade :	CHEHBI Soud	Conjoint
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Osteo Noyau Anévrine	
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

Signature de l'adhérent(e) :

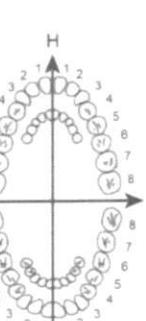
Le : 12/12/2012



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
02/12/22		3	300,00	INP : 61-14561145615363-161 : 06 22 99 88 11 Dr. F. ZERHOUNI MEDICAL PRACTICE MEMBER

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA FAISSE Dr. SELLAMI Nafissa Rue Abou Abas El Afzi Maârif 0522 99 07 10 - GSM: 0622 92 10 70 N°: 001688166000012	02.12.2022	435,00

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																				
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	<b>Dents Traitées</b> (Rows for treatment of teeth 1 to 8)	<b>Nature des Soins</b> (Rows for nature of treatments)	<b>Coefficient</b> (Rows for coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 																
				<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	00000000		00000000	B	35533411	11433553
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				00000000		00000000														
B	35533411	11433553																		
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
(Rows for treatment of teeth 1 to 8)																				
(Rows for nature of treatments)																				
(Rows for coefficient)																				
<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
<b>DATE DU DEVIS</b> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input style="width: 150px; height: 30px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

Docteur Farah ZERHOUNI Ep. MSAYIF

Spécialiste En Pédiatrie

- Pédiatrie Générale et Urgences
- Asthème - Allergie
- Homéopathie

Formation Spécialisée Approfondie en Pédiatrie  
de la Faculté de Médecine de Saint-Etienne (France)  
Diplôme Universitaire en Homéopathie



الدكتورة فرح الزرهوني

أخصائية طب الأطفال

سيج

PPU: 79,90 DH  
LOT: 649753  
PER: 03/24

Casablanca , le : 22/12/12 في:

15 435,00

CHETIRI Saeed

f = 20 580

1) Clamix Sachet enf  
79,90 x 3 1 8 + 31,5 12 12

79,50  
2) Apizel Syrup enf  
100 x 2 15 12

10,00  
3) Nurofen Syrup  
130 ml 21 kg + 31,5 12

12,80  
4) Doliprane Syrup 300  
100 ml x 3 15 12

84,00  
5) Steri-ox Spray 100 ml  
100 ml x 3 15 12

0522 98 16 14 الماريف (الثاني، رقم 3) الماريف (جاتب المركب التجاري كارفور) - الدار البيضاء - الهاتف:

67, Angle Rue Al Foutate et Rue Taour, Résidence Bernaben 2ème Etage, N° 3 - Maârif - Extension (à côté de Carref

PHARM

Dr. S

38, Rue Abd

Tél: 0522 9

ICE: 001 6881

نوع(s) ..... fois par

jour à prendre de préférence

au début des repas, pendant

les repas, pendant

200 ml e

Pharmalife  
RESEARCH



8 032578 479263

Lot: 220102  
À consommer  
avant le: 03/2025  
PPC: 79,50 DH

