

## 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

- 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 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-659464

AS7001

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>30625</b>	Société : <b>RAM</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre : <b>RATH</b>	
Nom & Prénom : <b>31/01/73</b>			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : <b>0661223562</b>	Total des frais engagés : ..... Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
<b>Docteur KADA ZAIR Jamel</b> <b>Spécialiste Pédiatre</b> <b>8, Bd. Yacoub El Mansour</b> <b>CASABLANCA</b> <b>Tel: 0522 25 82 60 / 05 22 98 79 68</b>			
Cachet du médecin :  Date de consultation : <b>03/02/2023</b> Nom et prénom du malade : <b>FATIMA YOUSSEF</b> Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : <b>Pachute</b> 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 : **03/02/2023**  
Signature de l'adhérent(e) : **Eyg.**

Le : **03/02/2023**



### 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
3/2/2023	E2		250 X 75	INP : 0910823532

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LAIMOUNI	03/02/23	121.20

### ANALYSES - RADIographies

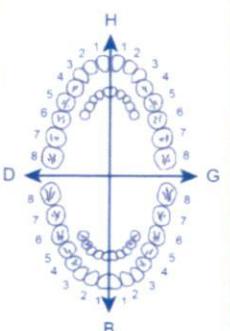
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

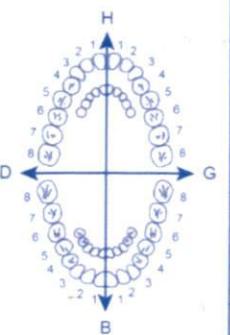
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412 21433552  
00000000 00000000  
35533411 11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

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  
E-mail : [kadazair@gmail.com](mailto:kadazair@gmail.com)  
Urgence : 06 61 14 16 22  
INPE : 091082354  
ICE : 001746690000091

الدكتور قادا الزاير جمال

خريج كلية الطب ببنسي  
حاصل على شهادة الاختصاص 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  
مستعجلات: 06 61 14 16 22

Casablanca, 03/02/2023

FATH Yazan

( Age: 2ans 1mois , Poids : 13.90 kgs )

STERIMAR BABY :

1 instillation nasale 03 fois par jour

30.00



BETASTENE gouttes

140 gouttes une fois par jour pdt 05 jours

79.50



APIXOL sirop enfant

1 cuillère matin et soir pdt 05 jours

JOSACINE 500 sirop

1 dose matin et soir pdt 06 jours



DOLIPRANE 200 suppo

1 suppo / 6 heures



11.70

121.20



PHARMACIE LAIMOUN SARL  
466, Lot. Allaymoune Lissasfa  
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94  
RC: 381781 - TP: 3020297 - IF: 24921866

