

# 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



Déclaration de Maladie  
M23-0027560

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7872 Société :  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : FIKAI AZIZA  
 Date de naissance :  
 Adresse : A83832  
 Tél. : 0674712203 Total des frais engagés : 566,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :


Date de consultation : 13/11/2023  
 Nom et prénom du malade : ABENTAYANE GHITA Age:  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Maladie récurrente  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22 NOV. 2023  
 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 : 21/11/2023  
 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
13.11.23	h		300,2	 <p>Dr. Abdelhak Z. Abou Pédiatrie-Allergologie Immeuble Communale Angé Bd. Sid. Abderrahmane &amp; Fouad Azammour Tél: 029 1 43 33 0228 - 44 20 11 00</p>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>PHARMACIE OUSSALMAZ Res Zarhoni Lot 33 Mag N° 2 HH Casablanca</p>	13.11.23	266,10

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

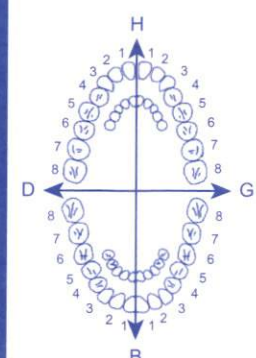
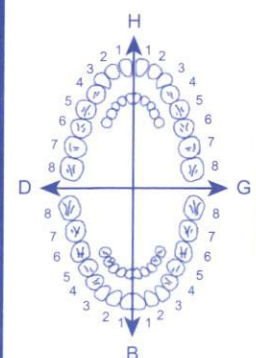
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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																							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																						
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																						
	<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <th>G</th> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="4">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	G	35533411	11433553			B				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H		G																						
		25533412	21433552	00000000	00000000																					
D		00000000	00000000	G																						
35533411		11433553																								
B																										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# CABINET DE PEDIATRIE ET D'ALLERGOLOGIE

## عيادة طب الأطفال والحساسية

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 والرضع

الضيق وأمراض الحساسية الجلدية والغذائية

خريج المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

رئيس المصلحة سابقا

13.11.23

Abouhayere thile

209,00 - vit D Bonzoos

68,00

- Septum (p. modèle)



pour desfecter

78,60 x 2

- do modes de



PHARMACEUTICALS ALMA  
Res Zarhoul Apt 33 Mag N° 2  
H.N. Casablanca

24/5 le jour

- vit C 1g

145 le jour x 15

20,10

- Demodique



2 fois

Dr. Abdelkhalek ZAHOUANI  
Pédiatrie-Allergologie  
Imme Communal Angle Bd. Sidi  
Abderrahmane Route d'Azemmour  
Tél: 022-91 43 33/022-89 44 20. Cas

266,10

Abd. Z. Zahouani

Immeuble Communal-angle Bd Sidi Abderrahmane & Route d'Azemmour عمارة الجماعة زاوية شارع سيدي عبد الرحمان وطريق أزموور

1er Etage N° 6 - Casablanca - Tél.: 05 22 91 43 33 / 06 63 48 11 21 - الهاتف: 6 - الدار البيضاء - الطابق الأول رقم 6

E-mail : abd.zahouani@gmail.com

20.11.2023

10400

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR



PPV: 20,90 DH

PPC : 68,00 DH  
LOT : 04/SKL/2021  
UT-VA : 04/2025



6223001083983

78,60



78,60



20,00

