

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12571	Société : RAT	HADIER HENDI	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	X
Nom & Prénom : HADIER HENDI			
Date de naissance : 29/04/1987			
Adresse : HAY NASSIM CASAVIEN Apt 22 TRANCHE A JAHIZ			
CA8TB LANCA			
Tél. : 066 7 93 32 11 Total des frais engagés : # 421,90 # Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
PR.GHANIMI ZINEB Professeur agrégée de pédiatrie Médecine et Réanimation Néonatale 3,Rue hab lamlouk , Imm Essafae Appartement 1, secteur 9 hay Riad Tél. 05 37 57 01 54	
Date de consultation :	11/10/2023
Nom et prénom du malade :	
M.Hadri R	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
FIEVE	
Nature de la maladie :	<input type="checkbox"/> Conjoint
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.	
 Le : 10/10/2023	

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 : *CASTOR LANCA* **Le :** *10/10/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Chely*

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
14/03/23			300.00	INP 102041019 Dr. MAHDI DIER ot. 17, Lot. 4, Sidi Ali Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82 INPE : 102041019
14/03/23	ctrl	17	6	INP 102041019 Dr. MAHDI DIER ot. 17, Lot. 4, Sidi Ali Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82 INPE : 102041019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie du Mail Central Dr. MAHDI DIER ot. 17, Lot. 4, Sidi Ali Riad Rabat - Tél.: 05 37 71 87 82 INPE : 102041019	14/03/23	121.95

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

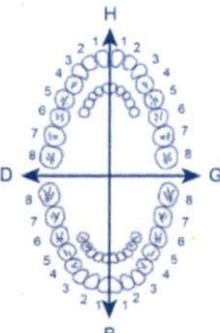
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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"/>
				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"/>

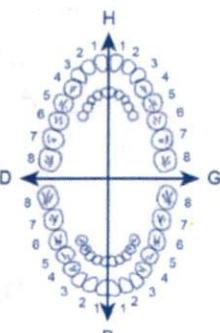


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

Col

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Hématologie pédiatrique



Rabat, le

16/03/23

CuraFlor
Sachets

LOT : 01624
PER : 02/2025
PPC : 90.00DH

Rabat Rita

Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
N°17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad,
Rabat - Tél : 05 37 71 67 82
INPE : 100041042

900x1

① CuraFlor Sachet

1 dose par jour

pour 10 jours

31,90x1

② primelan 10mg

0,2c matin

2c soir

15 jours

T = 121,90

Pharmacie du Mail Central

DR KHALID IDER

N°17, Lot. 4, Secteur 9, Hay Riad

Rabat - Tél : 05 37 71 67 82

INPE : 100041042

3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,

appartement 1, secteur 9.

Hay Riad. Rabat.

Tél. : 0537.57.01.54

INPE 101169431



zineb.ghanimi@gmail.com

PR.GHANIMI ZINE
Professeur agrégée de pédia
Médecine et Réanimation Néon
3, Rue hab lamlouk, imm. Ess
Appartement 1, secteur 9, Hay Riad
Tél. 05 37 57 01 54

3 زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،

شقة رقم 1، دائرة 9.

حي الرياض.

0537.57.01.54

الهاتف: