

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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

N° W21-812037

184093

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12637	Société :		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMARA IASS			
Date de naissance : 11 02 1988			
Adresse : Résidence les Cèdres Im 13 Apt 6 Oualal Ittar Témara			
Tél. : 486 Dhs Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
PR.GHANIMI, ZINEB <i>Professeur agrégée de médecine et Réanimation Néonatale</i> <i>3, Rue hab Iamlouk, Imm Essaïaf</i> <i>Appartement 1, secteur 9 Hay Riad</i> <i>Tel. 05 37 57 01 54</i>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	19.10.93
Nom et prénom du malade :	AMARA IASS
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Rhymptose
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 : RABAT

Le : 19.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-812037

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
19.10.93	CS1		300 Dh	INP : 1411604311 INP : 1411604311 INP : 1411604311
				INP : 1411604311
				INP : 1411604311
				INP : 1411604311

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Signature du Pharmacien</i> INP : 1411604311 INP : 1411604311 INP : 1411604311	19/10/93	186,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	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.

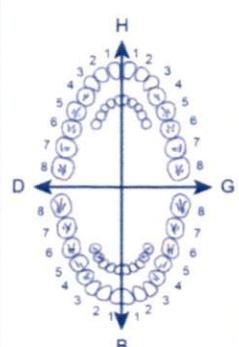
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

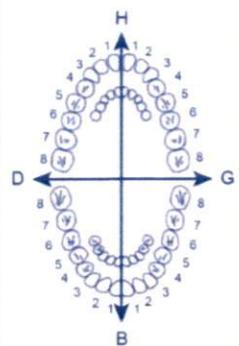
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : 11111111



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
---------------------	--

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي
أستاذة مبرزة في طب الأطفال
طب وإنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

Rabat, le 19/10/23 في الرباط،

Amara Jeliz

17,70

1) coeur lucadal supp. 100mg

01 supp 2031 ر. 03 ج

20,40

2) Dolifen 24p

cbz. 11 2021 ر. 02 ج

3) Lcrage du nez 2031 ر. 10 ج

Pharmacie du Mail Central
Bât. 17 Dr. KHALID DER
Rabat - Tél. : 0537.57.01.54
ICE : 00129218000003

3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
appartement 1, secteur 9.

Hay Riad. Rabat.

Tél. : 0537.57.01.54

INPE 111069431



zineb.ghanimi@gmail.com

3, زنقة حب الملوك، عمارة الصفاء،

شقة رقم 1، دائرة 9.

حي الرياض.

الهاتف: 0537.57.01.54

18,50 x 2

ii) Phytoplacca 05 ct

18,50 x 2 Chamomilla 05 CH

18,50 x 2 Allium Cepa 05 CH

18,50 x 2 Belladonna 05 CH

Mélanger
05 granules
de chaque
dans 30 ml
d'eau

186,10

Xuhjars

68 jrs

~~Pharmacie du Mail Central
Dr. KHALID IDER
Babat - Tel: 0020/4819
INPE: 00129218000003
ICE: 00129218000003~~

Dolifen® 20 mg/ml

20/40



PR. GRAMINIATZINGER
Hôpital Sainte-Justine
3, Rue Sainte-Justine
Montréal, Québec, H3T 1C4
Téléphone: 514 393-6911
Télécopieur: 514 393-6975
Appareil: 514 393-6975

Dolifen®
Ibuprofène 20 mg/ml



6 118000 04223 6