

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W19-520420

ND: 31527

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12311 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZEFZAFY AMINE
 Date de naissance : 29/02/1984
 Adresse : Riad AL ANDALOUSS AMBRA III IMMB 32 Appt 12
 Efg 3 HAYRIAD RABAT
 Tél : 06 68 49 30 88 Total des frais engagés : 484,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/03/2020
 Nom et prénom du malade : ZEFZAFY AMINE Age: 1an 3m
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Bactérienne
 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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
20-03-2022	CR	1	2500	<p>INP : L</p> <p>DR. SANHAT AMRANT Zoubaras</p> <p>Spécialiste des Maladies des Nourrissons et des Enfants</p> <p>41 Angèle Av. Oqba el Zouar Al Assadine, 1ère Etage</p> <p>Andal-Rabat-Tel : 05 37 69 63 63</p>

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Arrears.

INP :

Dr. SANHAST ANIRANT Zoubaré
Spécialiste des Maladies
des Nourrissants et des Enfants
SA, Angèle Av. Ouba el Boukhir Assoumène, 5ème Etg.
Appt. N°11, Agdal-Rabat-Tel : 05 37 68 63 41

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Caquet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
12/03/20 INRC 10266727		234.10

[illegible][illegible]

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		05533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	05533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rabat le 23/03/2020

Zetzyaty Noel

78160

1) Posacine \rightarrow p 25

une dose matin et soir
pdt 8 j
(17150)

2) Polipectine
une dose tous les 6 h

3) Pedickid Ng forte \rightarrow p

une matin et soir pdt 8 j
40100

4) Bromylae \rightarrow p

une matin et soir pdt 8 j

23410

PHARMACIE LA VITALITE
Dr. ZEFAEY MANAL
Sec 6 Bloc 8 N°8 Hay Riad
Rabat
Tél: 0537 71 16 84

Dr. SANHAJI AMRANI Zoubaida
Spécialiste des Maladies
des Nourissons et des Enfants
St. Amr. Dr. Zoub. et Dr. Amr. Zoubaida - Hay Riad
Appt. 11 Agdal - Rabat - Tél : 05 37 68 63 47



LOT: M0191
EXP: JUL 2022
PPV: 78,60 DH

LOT: M0207
EXP: MAR 2024
PPV: 78,60 DH

بيوميلاز

200 U.CEIP/ml

40,00

RIMA PHARMA
PVC : 98,00

PEDIAKID
Nez - Gorge

ATTENTION: NE PAS
JAMAIS
MANGER
BOIRE
FUMER