

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.

Nº W19-520420

SN

ND. 31527

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12311

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZEFZAFY AMINE

Date de naissance : 29/02/1984

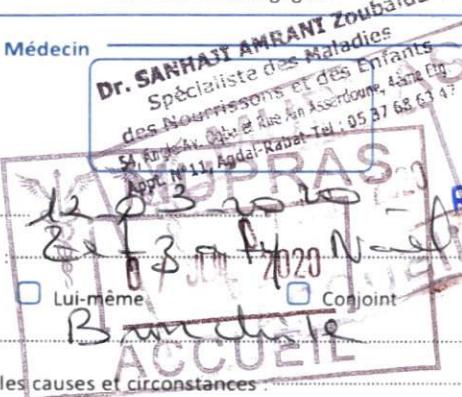
Adresse : Riad Al ANDALOUSS AMBRA III i.MB 32 Appt 12
Etg 3 HAY RIAD RABAT

Tél. : 06 68 49 30 88

Total des frais engagés : 484,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS
RECEPTION 8

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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) :



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
03/09/2018	Cr	1	2500	INP : 10000000000000000000000000000000 Dr. SANHAYI Spécialiste des Maladies des Nourrissons et des Enfants 54, Avenue Abdellatif Ben Yousfi, 10ème étage, Agdal-Rabat-Tel : 05 27 68 61 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cabinet du Pharmacien ou du Bourisseur	Date	Montant de la Facture
LE CABINET DE LA VITALITÉ BIOCOP N° 8 Hay Ria Rabat 16 84	12/03/20	234,10
	INVOICE 10266727	

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

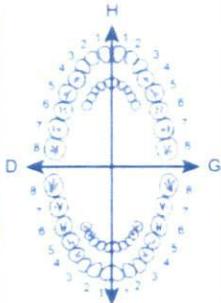
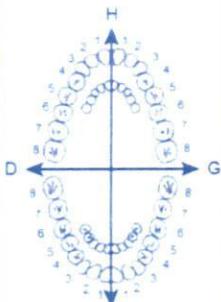
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 : <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"/>												
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>05533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p>[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>			05533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
05533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
G																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Rabat le 23.03.2020

Zetzafty Nael

78160

- 1) Fosacine sp 2P
dose 10mg matin et soir
(17.50) 9 pdt 8 p
- 2) Boli Fécostrip 1L
1 dose 10mg tous les 6h
- 3) Pediocid Ng 5ml sp
1cc matin et soir pdt 8 p
40.00
- 4) Bromylose sp
1cc matin et soir pdt 8 p

234.10

~~PHARMACIE LA VITALITE~~
Dr. ZETZAFTY NAIL
Sect 6 Bloc C N°8 Hay Riad
Rabat
Tél: 0537 71 16 84



Dr. SANHAJI AMRANI Zoubaida
Spécialiste des Maladies
des Nourrissons et des Enfants
Sect 6 Av. Oqba Ben Nafaa 4ème Etg
Appt N°11 Agdal Rabat Tel : 05 37 68 63 47

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

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



RIMA PHARMA
PVC : 98.00

PEDIAKID
Nez - Gorge