

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 W19-498668

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	CA	<input type="checkbox"/> Optique (15580)	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)				
Matricule :	12593	Société :	RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :		
Nom & Prénom : CHARAF SOFIANE				
Date de naissance : 23/10/1987				
Adresse : RYAD AL ANDALUSSE CADIZ 1 ZAYTAG N°1A				
Tél. :	0665795034	Total des frais engagés :	632,3 Dhs	

Cadre réservé au Médecin				
Cachet du médecin : Dr. KAYARI Hinde Pédiatre - Néonatalogue INPE : 101164119 ICE : 00161453400061 Tél : 05 37 77 00 95				
Date de consultation : 22/10/2014				
Nom et prénom du malade : Cheyenne Imraan Age:				
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Diabète				
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 : CASABLANCA le 07/10/2014
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
22/10/2019	Ce	1	300.0000	INP : [] Dr. KHYARI Hind Médiateur - Néonatalogue INP : 101164119 NPA : 001614534000061 Tel : 05 34 71 00 93

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA CHE SAFIYA Mr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Annakhil, Hay Riyad - Rabat 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28 NPE : 102051620	22/10/19	332.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

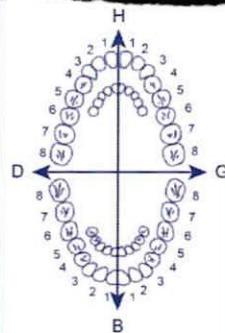
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

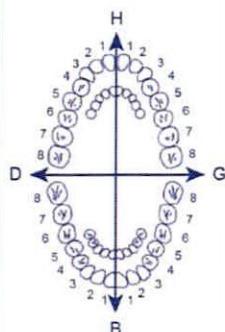
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[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

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 KHYARI Hinde

Spécialiste en Pédiatrie

Néonatalogie - Réanimation Néonatale

Consultation homéopathique

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

Ancienne interne du CHU Ibn Sina Rabat

Praticienne hospitalière à l'Hôpital Universitaire Cheikh Zaid



الدكتورة هند اختياري

أخصائية في طب الأطفال

والرضع وحديثي الولادة

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة بمستشفى الجامعي شيخ زايد

*Dr. KHYARI Hinde
Pédiatre - Néonatalogue
INPE : 101184119
ICE : 001614534000061
Tél : 05 37 71 00 93*

Rabat Le : 22/10/2015

Imran

Sig.

98.00

(1) Pediatrist 09-10-15
1 an + 2 mois

Sig.

40.00

(2) Posyline des p.
1 an + 2 mois

Sig.

49.50

(3) Fixi des p.
1 an + 2 mois

Sig.

21.80

(4) Lydexia pour ambe
1 gte + 2 j au midi

Sig.

Résidence Riad Ennakhi II - Imra A, Appt 2, Angle Av. Ennakhi et Rue El Yazid Hay Riad - Rabat

Tél. : 05 37 71 00 93 - Gsm : 06 61 26 68 26 - Fax : 05 37 71 00 93

Email : khyarihinde@yahoo.fr

⑥ كيرسي طال ٩,٠٠
 Dr. KHYARI Hinde
 Pédiatre - Neonatalogue
 NPE : 101164119
 ICE : 00161453400006
 Tel : 05 27 71 00 93

T: 332.30

21,80



Lot : 190169
 A consommer de préférence avant le : 03/2023
 PPC : 84,00 DH

PHARMACIE SAFIYA
 Dr. Sanaa EL GHARBI
 Dr. Samia EP. KADIRI
 Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat
 Tel : 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28



كريستال
 جليسرون (0.69 غ)
 10 تحاميل

PEDIAKID

RIMA PHARMA
98,00

ن طریق ۱۱