

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 doit être jointe 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 couronnes, ponts, implants, 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 ALO :

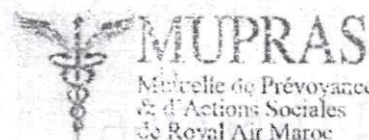
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

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° 03-05 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Alal Ben Abdallah - Gère Elage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal Ben Abdallah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 22 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 45 45



Déclaration de Maladie

N° W19-599856

63954

LA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (c)

Matricule : 12728 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MEGZARI MOHAMED

Date de naissance : 15/08/1987

Adresse :

Tél : 0661098882 Total des frais engagés : 346,00 DHS

Cadre réservé au Méd. PEDIATRE

4, Résidence Al Hourya Appt. 1
Av. Abou Obeida Ibnou Al Jarrah - FES
05 35 94 21 59 - 06 61 18 62 97

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 FEV. 2021

Nom et prénom du malade : MEGZARI Razane Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : DLite Congestive

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Quand la maladie a un caractère chronique, compléter les renseignements sous pli confidentiel à destination 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 : FES

Le : 27 / 02 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-599856

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera remis à la Mutuelle pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 12728

Nom de l'adhérent(e) : MEGZARI

Total des frais engagés : 346,00 DHS

Date de dépôt :

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/3/22	cc	cc	250DH	Dr Saïd MARRAKCHI BENJAFAR PEDIATRE

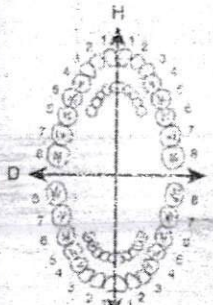
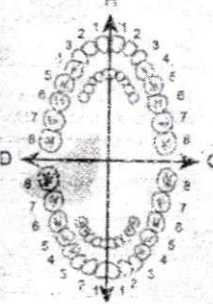
4, Résidence Al Hourya Appt. 1
Tangou Al Jarrah - FES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
ODF PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433553</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433553	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433553																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saïd MARRAKCHI BENJAAFAR

Pédiatre

Diplômé de la Faculté de médecine Paris V
Ancien pédiatre des Hôpitaux de Paris et Banlieue

4, Résidence Al Houriya, appt 1,
AV. Abou Obeida Ibnou AL Jarrah - Fès

Tél/Fax : 05.35.94.21.59 : الهاتف والفاكس :
النقل : 06 61.18.62.97 / 06 62 23 25 09 : GSM

INPE : 141097766

E-mail : saidmarrakchibenjaafar@gmail.com : البريد الإلكتروني

الدكتور سعيد مراكشي بنجعفر

اختصاصي في طب الأطفال

خريج كلية الطب بباريس
طبيب الأطفال سابقا بمستشفيات باريس وضاحيتها

إقامة الحرية، عمارة 4، شقة 1،
شارع أبو عبيدة ابن الجراح - فاس

Fès le 27 FEV. 2021 فاس في

MEGZARI Rozane

① Polydexa

2 gouttes x 3j aux 2 oreilles

② Pivoline

une instillation nasale x 3j

③ Chloral M (2 boîtes)

une dose de 9 x 3j
avant repas

④ Enterofermina

une dose 1j

• Humex 150

3 fois / j

06.00.00

Dr Saïd MARRAKCHI BENJAAFAR
PÉDIATRE
4, Résidence Al Houriya, appt. 1
Av. Abou Obeida Ibnou AL Jarrah - FES
05 35 94 21 59 - 06 61 18 62 97

Nose cleansing
For daily use or in case of:
Cold
Allergic rhinitis

**INFANTS/
CHILDREN**



● 78323

2022-09 ●

N du CE 25177 /2017/DMP

Date d'attribution du CE 05/04/18

PPC : 96,00 dhs

3

