

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

- 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.

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° W21-663110

93690

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5903 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Zeghari Nadia

Date de naissance : 19.01.58

Adresse : 1 rue oued el Makhazine Red ghira Apt 4 Rabat

Tél. : 06 61 42 03 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELGHAOUI Fatima-Zahra
Professeur en Dermatologie-Vénérologie
Résidence Riad Annakhil
Angle Avenues Annakhil et Al Far
Imm. E. Appt. 2, Hay Riad - Rabat
Tél. : 05 37 71 11 86 - Fax : 05 37 71 61 86

Date de consultation : 05/11/2021

Nom et prénom du malade : Zeghari Nadia

Age : 64

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Cancer

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 : 30/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Zeghari

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-663110

dermato

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

Matricule :

5903

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

300 + 35,70

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
5/11/2021			300	Dr. Fatima-Zehra

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet, du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Du 16 Novembre	05/11/21	3970

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

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 : <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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

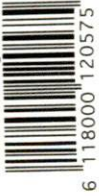
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cabinet de Dermatologie
Médical, Esthétique, Lasers

Fucidine® 2% pommade

Tube de 15 g



Belgnaoui ép. Berrada
ologie et de vénérologie
chirurgicale et esthétique
gie cutanée et lasers médicaux

الدكتورة فاطمة الزهراء بلقناوي-برادة
أستاذة في الأمراض الجلدية والتناسلية
• أمراض الجلد، الشعر والأظافر
• اختصاصية في حالات الأورام الجلدية
• رئيسة الجمعية المغربية للحالات الجلدية التجميلية،
الجراحية والليزر

Présidente de la Société Marocaine de Lasers,
Dermatologie Esthétique et Chirurgicale

Rabat, le : 05/11/2021

Mme ZEGHARI NADIA

- 1 - DCP. SEPTISCARS Spray antiseptique
2 app/ Jour , avec ou sans compresses stériles
- 2 - Fucidine pommade
2 applications/ jour x 10 jours

39,70

Dr BELGNAOUI Fatima-Zahra

Dr. BELGNAOUI Fatima-Zahra
Professeur en Dermatologie-Vénérologie
Résidence Riad Annakhil
Angle Avenues Annakhil et Al Hor
Imm. E. Appl. 2, Hay Riad - Rabat
Tél.: 05 37 71 14 86 - Fax : 05 37 71 61 65

صيدلية 16 نونبر
Pharmacie Du 16 Novembre
16, Av du 16 Novembre Haut Agdal Riad
Tél.: 05 37 67 02 21 - 05 37 67 56 69
INPE : 102000305

إقامة رياض النخيل، زاوية شارع النخيل والحدود، عمارة E، شقة 2، حي الرياض - الرباط

Résidence Riad Annakhil, angle avenues Annakhil et Al Haour, imm. E, appt. 2, Hay Riad - Rabat