

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-705357

MS865

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123.11

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZEFZAFY AMINE

Date de naissance :

29/02/1998

Adresse : Riad Al Andalous, AMBRA II Imm32

A ppt 12 Etg 3 Hay Riad Rabat

Tél. : 06 68 49 30 88 Total des frais engagés Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zoubida SANHAJI AMRANI
Pédiatre
Cité Ibn Sina, Centre Commercial
Bureau 1, Agdal, Rabat

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Date de consultation :

07/04/2022

Nom et prénom du malade :

2+3-fy 24

Age: 14m

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

2d 6h 6

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
20/01/2017	6	1	25000	Dr. Zoubida Sina, Centre de Santé Ibn Sina, Bureau 1, Appt 101, 105987

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	07/06/2022	17.50

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 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																										
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																						
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX																						
				MONTANTS DES SOINS																						
				DÉBUT D'EXÉCUTION																						
				FIN D'EXÉCUTION																						
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B
	H		G																							
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B		B																							
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																									
	MONTANTS DES SOINS																									
DATE DU DEVIS																										
DATE DE L'EXÉCUTION																										

Zefz aty tlyan

Rabat le 24.04.2022

17,50

1) ~~Bolif e distipne~~
~~Idhe 10,5 tels bsh~~2) ~~Nuodol sp~~
~~Idhe 10,5 3hs / n~~3) ~~Ajiodol sp of~~
~~la c matier et niv~~

Zoubaida SANHAJI AMRANI
 Pédiatre
 Ibn Sina, Centre Commercial
 Bureau n° 1, Agdal-Rabat

~~PHARMACIE LA VITALITE~~
 Croisement Av. Mehdi Ben Barka
 et Av. Attuya Sec. & Bloc G, N°8
 Hay Blad - Rabat
 TEL: 05.37.71.16.84



Cité Ibn Sina, centre commercial, bureau n 1 Agdal Rabat

Tel : 0808 573 888 / 0537 686 347

Email : zousanh@hotmail.com