

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.

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° W21-705353

M 5866

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

12311

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZEFZAFY AMIN

Date de naissance :

29/02/1988

Adresse :

Riad Al Andalous AMBRA III. Immb32
Appart 12 - Hay Riad Rabat

Tél. :

06 68 49 30 88

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zoubeida SANHIL AMRANI
Fédiatré
Centre Ibn Sina, Centre Commercial
Bureau 1, Agdal-Rabat

Date de consultation :

22/03/2022

Nom et prénom du malade :

Zefzafy Ilyas

Age : 13 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Vaccin

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

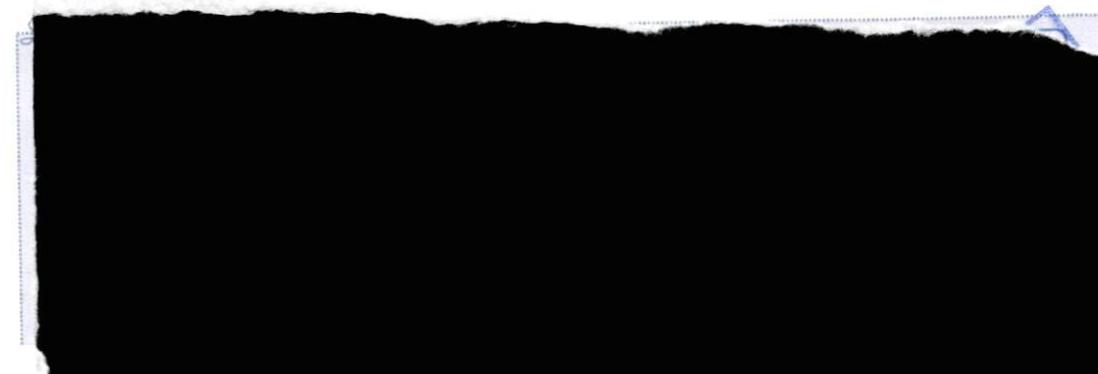
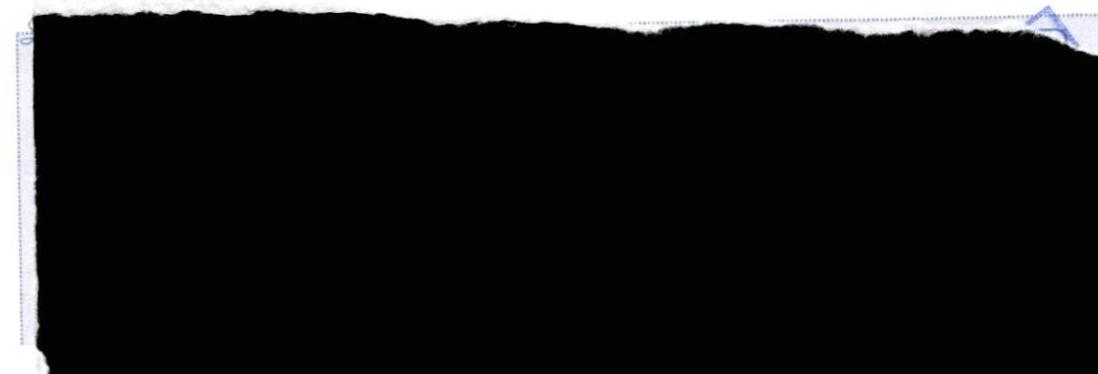
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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
25/02/2022	52	1	25000	INPE : 101168897 Dr. Zoubaida SANHAJI AMARATI Pédiatre Centre Commercial Mandal-Rabet

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA VITALE Croisement Av. Mehdi Ben Barka et Av. Attoussi Sec. 6 Bloc G, Hay Riad - Rabat Tél: 05 27 71 16 84	22/03/2023	912,20

ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

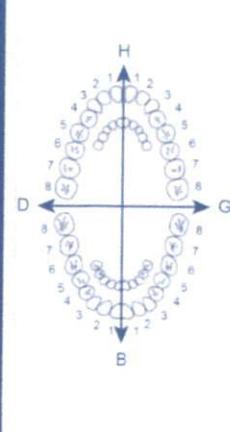
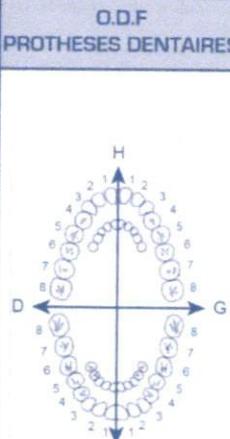
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr/> D 00000000 00000000 35533411 11433553 G I			
[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

Zetgaty Ilyan

Rabat le: 22.03.2022

139,20
- Prescription

760,00 - Prescription 13

13,00

- Prescription 13

912,20

PHARMACIE LA VITALITE
 Croisement Av. Mehdi Ben Barka
 et Av. Athuya Sec. 6 Bloc G 608
 Hay Riad - Rabat
 Tel: 05.37.71.16.14

GlaxoSmithKline Maroc
 Aïn El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 139,20 DH
 D.648254
 6 118001 140923

PREVENAR 13 SUSP INJ
 P.P.V: 760DH00
 6 118001 171057
 Laboratoires S.A. S.A. Laboratoires S.A.

Stéroyl * 15 "H" 1 ampoule de 1.5 ml
 600.000 UI/1.5 ml
 Solution injectable LM
 PPV: 13,00 DH AMM N° 446/16 DMP/21/NRQ
 6 118000 021254

Cité Ibn Sina, centre commercial, bureau n 1 Agdal Rabat
 Dr. Zoubaida SANHAJI AMRANI
 Pédiatre



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

Tel : 0808 573 888 / 0537 686 347

Email : zousanh@hotmail.com