

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-679904

12331

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12606

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Saidi Youssef

Date de naissance : 12/11/1988

Adresse : Riad al Andalousse d'haoussia II Tous 8 apt 11
Hay Riad RABAT

Tél. : 0661895069 Total des frais engagés : 428,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. BOUKHIZAR Malak

Médecin Pédiatre

23, Av. Al Kout, Acht.1, CYM

Rabat - Tél. : 05 37 69 00 03

INPE : 101 183 762

Date de consultation : 18/07/2022

Nom et prénom du malade : Saidi NINA

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

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 : 18/07/2022

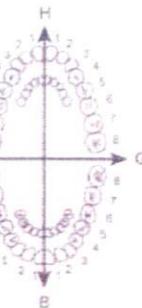
Signature de l'adhérent(e)

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
8/07/22	CS	1	250.00	Dr. BOUHAFAT Malak MC/CH/2022/07/08 INPE: 101-183-762 23, Av. Al-Hassan 1, BP. 1, CYM Rabat - Tél.: 05 37 63 00 03

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRESTIGIA RYAD AL ANDALOUSS HAY RYAD RYAD AL ANDALOUSS HAY RYAD RABAT - Tél. 0537-57-15-84 ICE:000193334000037	17/12	178,90

ANALYSES - RADIographies			
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
		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"/>															
ODF PROTHESSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433562</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>	H	G	25533412	21433562	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
H	G																	
25533412	21433562																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Dr. Malak BOUKHZAR

Pédiatre



الدكتورة ملك بوخzar

اختصاصية في طب الأطفال

Rabat le: 18/07/2022

الرياط في

NINA Saïdi.

~~14/10 Dr. BOUKHZAR Malak
23, Av. Alkifah, Appt. 1 CYM
Rabat - Tel: 05 87 69 00 03
INPE: 101 783 762~~

~~- Dolipr.~~

Dolipr. 41 g 3 T =

à alterner tbs 3-4h.

~~20,40~~

~~- Dolifen ff.~~

Dolifen ff. 31 g.

~~20,20~~

~~- otipax gtt.~~

3 gtt x 31 j

~~21,80~~

~~- polydexia gtt.~~

2 gtt x 21 j gtt 7 j 8

~~99,00~~

~~- Bailes pviés.~~

T. 178,90



PHARMACIE PRESTIGIA
RYAD AL ANDALOUSS HAY RYAD
RABAT - Tél: 0537-57-15-84
ICE: 000
INP: 340000037



23, Av. Alkifah, Appt, N° 1 CYM - Rabat - رب العصمير - الرياط (فوق قروص البركة)

Mobile : 06 78 34 47 22 - المحمول : 05 87 69 00 03

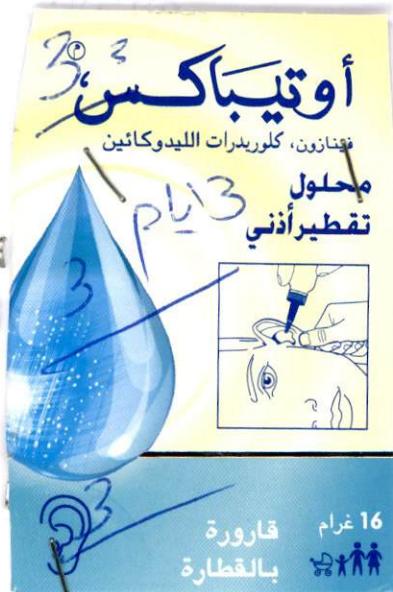
E-mail : boukhzar.malak@yahoo.fr - بريد الإلكتروني

Doli®
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 03/25
LOT L956

17,50



Lot. 3632
Per.: 02 2025
BIOCODEX MAROC PPV 20.20 DH



SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler

21,80



Dolifen® 20 mg/ml

Ibuprofène

PPV: 20DH40
PER: 12/23
LOT: K3632



V



TICKET N°

386 84

VENTE DU : 18/07/2022 à : 15:11

PHARMACIE PRESTIGIA - HAY RIAD-RABAT

ICE: ----- Vendeur: meriem

Nom du produit	P.P.V	Qté.	TOTAL
DOLIFEN SIROP E	20.4	1	20,40
OTIPAX GA	20.2	1	20,20
POLYDEXA GA	21.8	1	21,80
QUIES ENFANTS SILLCONE	99.0	1	99,00
DOLI PEDIAT SIROP	17.5	1	17,50
Total Vente :			178.90

Dont TVA 7% : 5.22

Dont TVA 20% : 16.50

TOTAL TVA : 21.72

REGLE : 178.90

Demandez conseil à votre pharmacien

