

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-679904

123316

☐ 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 Alhamsa II Trus 8 apt 11 Hay Riad RABAT
 Tél. : 0661395069 Total des frais engagés : 428,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUKHAR Malak
 Médecin Pédiatre
 23, Av. Al Kifah, Apt. 1, CYM
 Rabat - Tél. : 05 37 09 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 ☒ Enfant
 Nature de la maladie : otite Aiguë
 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) :

[Signature]

[Stamp]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

Cachet et signature de M. Mohamed
 Accusant le Paiement des Actes
 Médicaux
 23, Avenue Khalil, Apt. 1, CYM
 Rabat - Tél.: 05 37 63 00 03
 INPE : 101 183 762

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PRESTIGIA AD AL ANDALOUSS HAY ABAT - Tél. 0537-57-15-84 ICE:000193334000037 20062484	18/09/22	178,80

PHARMACIE PRESTIGIA
RYAD AL ANDALOUSS HAY RYAD
RABAT- Tél.: 0537-57-15-84
ICE: 00019333400037
INPE: 102063484

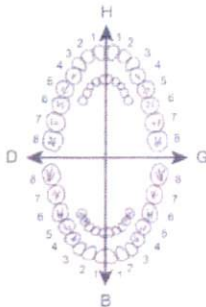
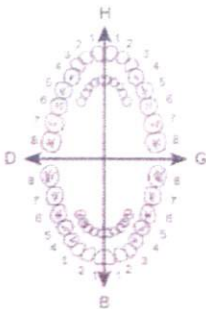
[illegible][illegible]

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 caninaires, 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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 protection			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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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:

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUX.MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

4

255334

12 | 2143388

—

[illegible]

5

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Malak BOUKHZAR

Pédiatre



Dr Malak BOUKHZAR

الدكتورة ملك بوخزار

اختصاصية في طب الأطفال

Rabat le :

18/07/2022

الرباط في

NINA Saïdi :

17,10

- Dolip

Dose x 4/5 m T

à alterner ts les 3-4h.

20,40

- Dolifen

Dose x 3/5

20,20

- otipax

3 gte x 3/5

21,80

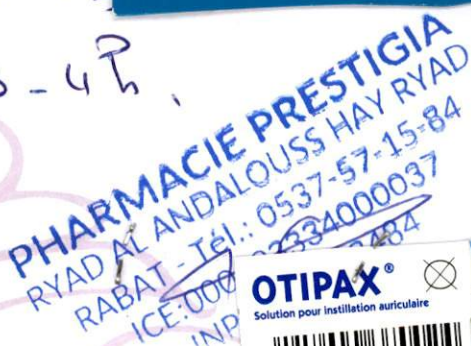
- polydexa

2 gte x 2/5

99,00

- Baies puies

Ti 178,90



23, Av. Alkifah, Appt, N° 1 CYM - Rabat - (مبنى فروس البركة)

Mobile : 06 78 34 47 22 : المحمول - Tél.: 05 37 69 00 03 :

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

Doli®
PEDIATRIQUE

PARACETAMOL

PPV 17DH50
PER 03/25
LOT L956

17,50



SOLUTION
AURICULAIRE
GOUTTES

POLYDEXA®

Ne pas avaler

PL7

2



21,80



أوتيباكس

فينازون، كلوريدات الليدوكائين

محلول
تقطير أذني



قارورة
بالقطارة

16 غرام



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



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 SILLICONE	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