

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° W21-787106

ME PPV
RABE

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12571

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSER 16472

Date de naissance : 29/02/1987

Adresse : HAY N. ABDESSA CASAVIEN FRANCET 3 MAT 3 ACT 22
CASABLANCA

Tél. : 0661 93 12 11

Total des frais engagés : # 426,30 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27.02.23,

Nom et prénom du malade : M. HASSER Rifa Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Allergie

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 : CASABLANCA

Le : 15/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : HASSER

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
27.02.23	CD		300 Dhs	DR. GENEININI ZINEB Professeur de Prostéodontie 3, Rue Habib Bourguiba Appartement 601 Medecin traitant Praticien agréé de la SNMF

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU MARCHÉ 102041018 KSA 31/12/2023	27.02.23	114,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

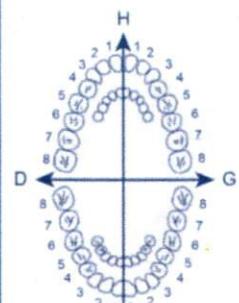
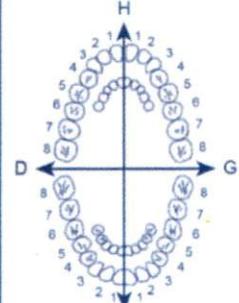
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>												
																
																
ODF PROTHESSES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	21433552	00000000	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411		11433553	
H	21433552															
00000000	00000000															
D	00000000															
00000000	00000000															
B	35533411															
	11433553															
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> 				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"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr Zineb GHANIMI

Professeur agrégée de Pédiatrie
Médecine et réanimation néonatale
Hématologie pédiatrique



د. زينب غانمي

أستاذة مبرزة في طب الأطفال
طب وإنعاش حديثي الولادة
أمراض الدم و علم أورام الأطفال

Rabat, le

27/02/23

الرباط، في

Rhadia Rita

25,30

Ketoderm acne

application x 201

15jus

99,00

Bepanthene acne de dinge

14,30

Dr. ZINEB GHANIMI
Praticien et enseignant
NPE : 102041010
Tél : 0537570154
3, Rue Hab Lamlouk, imm. Essafae
Appartement 1, secteur 9
Medecine et reanimation néonatale
Professeur et enseignant
INPE : 102041010
Tél : 0537570154
Dr. ZINEB GHANIMI
Praticien et enseignant
NPE : 102041010
Tél : 0537570154
Dr. ZINEB GHANIMI
Praticien et enseignant
NPE : 102041010
Tél : 0537570154
Dr. ZINEB GHANIMI
Praticien et enseignant
NPE : 102041010
Tél : 0537570154



3, rue Hab Lamlouk, imm. Essafae,
appartement 1, secteur 9.

Hay Riad. Rabat.

Tél : 0537.57.01.54

INPE 101169431

zineb.ghanimi@gmail.com

3، زنقة حب الملوک، عمارة الصفاء،
شقة رقم 1، دائرة 9،
حي الرياض.

الهاتف: 0537.57.01.54