

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.

N° W21-812411

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12311	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ZEFZAFY AMINE			
Date de naissance : 29/02/1984			
Adresse : Riad AL Andalous AMBLA 3 IMM 32 Appt 12 Hay Riad - Rabat			
Tél. : 06 63 493083 Total des frais engagés : 454.30 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Zoubaida SANHAJI AMRA' Pédiatre Centre Commercial Qsé Ibn Sina, Bureau 1, Abdal - Rabat Tél: 05 37 68 63 47/08 08 57 38 88 INPE: 101163987 </div>	
Date de consultation :	29/02/2025
Nom et prénom du malade :	Zefzafy Amine
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Maladie
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	10 JAN. 2024
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 : 10 JAN. 2024**
 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
24-11-2015	C2	1	250 M	<p>INP : Dr. Zoubalida SANHAJI AMRANI, Pédiatre</p> <p>Cité Ibn Sina, Centre Commercial</p> <p>Bureau 1, Akdal - Rabat</p> <p>Tél: 05 27 68 63 47 / 08 08 57 38 23</p> <p>INP# 101168987</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29.11.2023	204.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

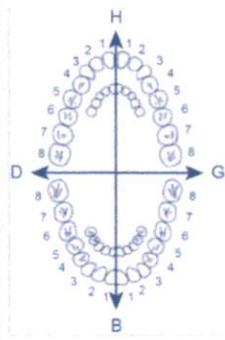
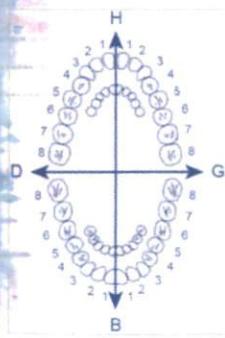
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, 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"/>																							
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
		<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		(Création, remont, adjonction)		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																									
		25533412	21433552																								
		00000000	00000000																								
		<hr/>																									
D																											
00000000		00000000																									
35533411		11433553																									
<hr/>																											
B																											
(Création, remont, adjonction)																											
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											
			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																											

Ze + 3 a ty Nael

Rabat le 29.11.2023

93.40 x 2 = 186.80

100h kew > p 100

93.40

93.40

drre 1910g msi et 100
p dt 8 p

17.50

2) Bole percutané

1 drre 1914p tutti 666

Tr 204130

PPV 17DH50
PER 12/25
LOT L4012

PHARMACIE LA VITAM
H. Dr. Monal ZEFLI
10, Rue Dr. Bourguiba
Boulevard Hassan II
10200 Rabat - Maroc
Tél: 00212 31414000
ICE: 00212 31414000387 - INPE: 1020000027

Dr. Zoubaida SANHAJI AMRANI
Pédiatre
Cité Ibn Sina, centre commercial
Bureau 1, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 68 63 47 / 08 08 57 38 88
INPE: 101168987



Cité Ibn Sina, centre commercial, bureau n 1 Agdal Rabat
Tel : 0808 573 888 / 0537 686 347
Email : zousanh@hotmail.com