

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° W21-810765



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12311	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BEFZAFY AMIN
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0668493088			
Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	24-11-2023
Nom et prénom du malade :	Zefzafi Yassine
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	AM
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
Signature de l'adhérent(e) :	

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

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27-11-2021	Cr	1	250.00	INP : <input type="checkbox"/> Dr. Zoubida SANHIL AMARANI Cité Ibn Sina, Centre Pédiatrique Bureau 1, Agdal - Rabat Tel: 05 37 68 63 47 / 08 08 57 38 87 INP: 101168987

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LA VITALITÉ Dr. Moulou ZEFZAFY Av. Attuya, Secteur 6, BLOC G Hay Riad, Rabat, Tel: 05 37 71 16 84 ICE 0008014 4000097 NPE 102066727	NPE: 102066727 24/11/2023	110,90
PHARMACIE LA VITALITÉ Dr. Moulou ZEFZAFY Av. Attuya, Secteur 6, BLOC G Hay Riad, Rabat, Tel: 05 37 71 16 84 ICE 0008014 4000097 NPE 102066727	27/11/2023	93,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RECLAMATION 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'OD F.

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

2
PHARMACIE LA VITALITÉ
Av. Attouya, Secteur 6, Bloc G
Hspt. Riad - Rabat - Tel.: 05 37 71 16 84
ICE 009801412 000097 NPE 102066727

3 afy ± 4 an

93,40
93,40

93,40

Rabat le 24-11-2023

93,40

1) Office à plus
tdue 14 by malin et niv

17,50

17,50

2) Boîte de sieste
tdue 14 by tapis 15,60

FFV 170H50
PER 09/25
LOT L3029 17,50

3) Boîte à p
tdue 14 by 3 fin

110,90

PHARMACIE LA VITALITÉ
Dr. Moncef ZEFZAFY
Av. Attouya, Secteur 6, Bloc G
Hspt. Riad - Rabat - Tel.: 05 37 71 16 84
ICE 009801412 000097 NPE 102066727

Dr. Zoubaida SANHAJI AMRANI
Pédiatre
Cité Ibn Sina, centre commercial
Bureau 1, Agdal, Rabat
Tél: 05 37 68 63 47 // 05 08 57 38 88
INPEC 01168987



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