

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-831951

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12311 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZEFZAFY AMINE 190048
Date de naissance : 29/02/1984
Adresse : Riad Al Andalous AMBRA III Imm 32
Appt 12 - Etg 3 Hay Linaol. Laabat
Tél. : 0668493088 Total des frais engagés : 48490 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BEKRA DA JAWA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AS dicyle

Affection longue durée ou chronique ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Laabat Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Actes des Actes Natures des Actes Nombre et Coefficient Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Handwritten: 11/12/23, 84.90

Stamp: P. CHENGUITI ANSAR, Spécialiste en Oculophtalmologie, Hôpital Cheikh Zayed, INPE 101102598

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Handwritten: 11/12/23, 84.90

Stamp: PHARMACIE LA VITALITE, Sec 6 Bld. G. N. B. Hay Riad, Tél: 0537 71 13 03

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

Handwritten: 11/12/23, 5100, 100,000H

Stamp: Laboratoire d'Analyses Médicales, 101102598 INPE, 103061040

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

Empty table for medical auxiliaries.

VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient Montant des Honoraires

Table with 4 columns: Dents Traitées, Nature des Soins, Coefficient, Montant des Honoraires. Includes dental arch diagram.

Coefficient DES TRAVAUX

Empty box for coefficient of work.

MONTANTS DES SOINS

Empty box for amounts of care.

DEBUT D'EXECUTION

Empty box for start of execution.

FIN D'EXECUTION

Empty box for end of execution.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

Handwritten: 25533412, 21433552, 00000000, 00000000, 00000000, 00000000, 35533411, 11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

Dental arch diagram for O.D.F. protheses.

Coefficient DES TRAVAUX

Empty box for coefficient of work.

MONTANTS DES SOINS

Empty box for amounts of care.

DATE DU DEVIS

Empty box for date of estimate.

DATE DE L'EXECUTION

Empty box for date of execution.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 11 DEC 2023

Docteur

BENMOA RAMA

BHCG Plombier

Laboratoire NAKHLAT RYAD
d'Analyses Médicales
IF: 14437578 INPE: 103061040
ICE: 001872683000070

Pr. CHENGUITI ANSARI ANAS
Spécialiste en Gynécologie Ob. Pédiatrie
398
Zaid



Rabat, le

11 DEC 2023

Docteur

1^{er} Bekkada Samaa

84.90

Duplo



10 x 2 / 10210

PHARMACIE LA VITALITE
C. ZEROUK MANAL
Sec 6 Bloc 8 N° 8 Hay Riad
Rabat
Tél: 0537 72 10 03

Dr. CHENGUIT ANSARIANAS
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
INPE : 101102598
Hôpital Cheikh Zaïd

Rabat le 11 décembre 2023

Madame BERRADA SANAA

FACTURE N°	2096
------------	------

Analyses :		
Beta H.C.G. sanguins (Recherche) -----	B	100
		Total : B 100
Prélèvements :		
Sang-----	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER		100,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cent Dirhams

Laboratoire NAKHLAT RYAD
d'Analyses Médicales
IF: 14437578 INPE: 103061040
ICE : 001872683000070



Dossier ouvert le : 11/12/23
Prélèvement effectué à 14:57
Edition du : 11/12/23

Madame BERRADA SANAA

Réf. : 23L18

Compte Rendu d'Analyses

HORMONOLOGIE

BETA H.C.G. SANGUINS (10 U.I./l)
Immuno-chromatographie

: **Négative.**



Dr. A. ALAOUI MY HASSANE
Pharmacien Biologiste
Laboratoire NAKHLAT RYAD
d'Analyses Médicales

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Consultation le : 11/12/23 A Quittance N°

2 951 248

IPP : 1 356 581 N° de dossier : C234215782

DI : 3 372 404

Patient : BERRADA SANAA

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 5160

Date d'encaissement : 11/12/2023

Description :

Medecin : C0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Cachet du caissier :

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

N° 2245797



Assurance
CLIENTS PAYANTS