

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 - 6ème 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

W21-834197

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08955 Société : Agca1 Adv Maroc

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEKKAR 70 Mohammed Amine

Date de naissance : 19-05-1972

Adresse : Sq. Rue Paris APT 4 RABAT

Tél. : 0661 500451 Total des frais engagés : 700,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ALAMI Nada
Spécialiste en Rhumatologie
Hôpital Cheikh Zaïd
INPE : 101 123 370

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/03/2019

Nom et prénom du malade : Bekkarif-Amine Age : 51 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affection Rhumatismale

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 : Le : 28/03/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie W21-834197

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais eng. :

Date de dépôt :

PRAFR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
28/03/24				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZAHRA 2. Av. Prince Moulay Abdellah Rabat - Tél: 05 37 70 81 03 INP: 102057767	28/03/24	350 80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

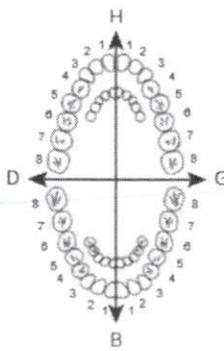
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

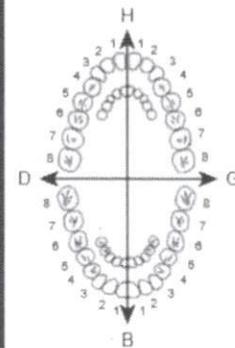
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 28 03 2024

Docteur

Dr. ALAMI Nada
Spécialiste en Rhumatologie
Hôpital Cheikh Zaïd
INPE : 101 123 370

Bekkari
Mohamed
Amine

175,40 x 2

Moric 80 mg

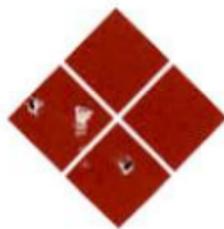
1 cpl

3 mois

صيدلية الزهوراء
PHARMACIE ZAHRA
12, Av. Prince Moulay Abdellah
Rabat - Tél.: 05 37 70 81 03
INP : 10207767

Dr. ALAMI Nada
Spécialiste en Rhumatologie
Hôpital Cheikh Zaïd
INPE : 101 123 370

30 comprimés



Uloric[®] 80 mg

Fébuxostat

Voie orale

30 Comprimés
pelliculés



LOT 1149282
MFG 07 2023
EXP 07 2025
SN HQS7CGN0LB0H22

PPV
187DH70

Uloric[®] 80 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 240159



LOT 1149282
MFG 07 2023
EXP 07 2025
SN HQS7CGN0LB0H22

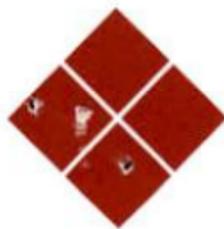
PPV
187DH70

30 comprimés

Uloric[®] 80 mg

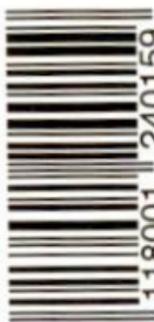
Fébuxostat

Voie orale



30 Comprimés
pelliculés

Uloric[®] 80 mg
30 Comprimés pelliculés



6 118001 240159

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية
مستشفى الشيخ زايد
مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

IPP : 1 674 790 N° de dossier : C244357620

Quittance N°

3 016 634
DI : 3 449 352

Patient : BEKKARI MOHAMED AMINE

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

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 28/03/2024

Description :

Medecin : C0922 ALAMI NADA

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE



Assurance

ENT PAYANT B2C LO

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

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° 2305012