

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 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O 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

N° W19-520426

AMPL

ND: 39679

MY

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 123 11 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ZEFZAFY AMINE
 Date de naissance : 29/02/1984
 Adresse : Riad AL ANOALOUSS AMBRA II Imm 32
 Appt 12 Hay Riad Rabat
 Tél : 06 68 49 30 88 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28-04-2020
 Nom et prénom du malade : Zefzafy Noel Age : 36 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : CEA
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
07-08	G	1	2500/-	INP : [] [] [] [] Dr. SANJAY KAMRANT BOBBI Spécialiste des Maladies Stomatologiques et des Fractures Denture Fixe et Mobile 10-09-97

INPE : 104
Dr. SANHAJAMANT ZOU
Spécialiste des Maladies
des Plantes et des Animaux
Santé et Environnement
Appl. N° 11, Tel. 05 97 05 63 47

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	18/08/2020	# 195,00 #
	INFC: 102066722	

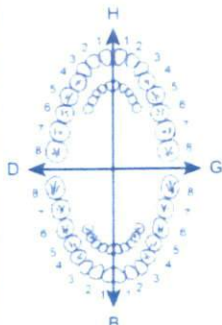
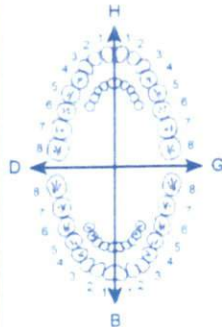
[illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																														
				MONTANTS DES SOINS																														
				DEBUT D'EXECUTION																														
				FIN D'EXECUTION																														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th></th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>30000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H			G		25533412	21433552				30000000	00000000				D				B	30000000	00000000				35533411	11433553					COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H			G																														
	25533412	21433552																																
	30000000	00000000																																
	D				B																													
	30000000	00000000																																
	35533411	11433553																																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Zetzaty Noël

Rabat le 28.02.2020

60,00

1) Enterogermin
lavage et air

112,00

2) Tiorfan sachet N
10 - let 30
air

23,00

3) spasmyl →
1 - 2
air

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
TIOREXAN 10MG NOUR SACH
B16
PPV : 112,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaa Casablanca
Enterogermina, susp b 10 n
P.P.V : 60,00 DH



23,00

195,00

PHARMACIE LA VITALITE

Dr. ZEZAFY MANAL

Sec 6 Bloc 6 N°8 Hay Riad

Rabat
Tél. 0537 7115 54

Dr. SANHAJI AMRANI ZOUBAIDA
Spécialiste des Maladies
de l'Enfance et des Enfants
Chirurgien Pédiatre
Appt. n°11, Agdal-Rabat-Tél : 05 37 68 53 47

