

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.



Declaration de Maladie

N° W19-532381

ND: 27846

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12297 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZERRARI MOHCINE

Date de naissance : 22/03/1983

Adresse : Résidence BEVERLY HOUSE, A19, ELMASSOURIA

Tél. : 0671461437 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/04/2020

Nom et prénom du malade : ZERRARI MOHCINE

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Mohammédia Le : 14/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14/04/2020	1	250	INP: 091126490

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/04/2020	551,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

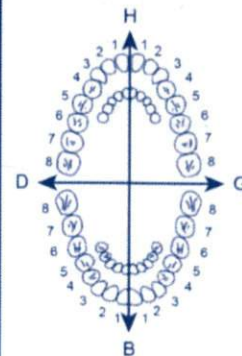
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

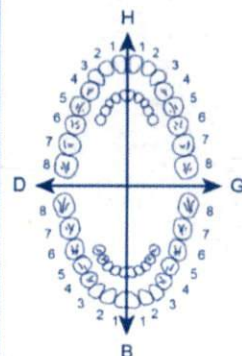
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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'EXE

Dr Mohamed SEDIRA PEDIATRE

Prématuré - Nouveau né - Nourrisson - Enfant
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris
Médecin de Sport

15, Avenue des F.A.R
1^{er} étage. App. N°4 - Mohammedia
Tél.: C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71



الدكتور محمد سديرة

طب الأطفال

الرضيع - الأطفال
خريج كلية الطب بباريس
الطب الرياضي

15، شارع الجيش الملكي
الطابق الأول - شقة رقم 4 - المحمدية
05 23 31 06 08 : العيادة
06 63 44 32 71 : المستعجلات

Mohammedia, le

14/04/2024

Je soussigne, Dr

Certifie avoir reçu

Pour la consultation de l'enfant

sur ZEPHANE

Sundou

ROMAN (SV)

Ad d m

(SV) Hil.

252,50

299,50

21.

551,30

PHARMACIE ORTHOPEDIE
DU MAGHREB
M. TAZI YOUNES
AVENUE DES F.A.R MOHAMMEDIA
05 23 32 24 10 / INPE : 0020 0000

SEDIRA Mohammed
15, Avenue des F.A.R
1^{er} étage - App. N°4 - Mohammedia
Tél.: C. : 05 23 31 06 08
Urgence : 06 63 44 32 71

sub:
tion
on r

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 299.00 DH

ID : 625484
118001 140701

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 252.00 DH

ID : 644337
118001 142323