

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

- 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

M22- 0025381

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1803 Société : R.A.M. Esc. R.B.A.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELAFKIH Mansour
 Date de naissance : 02/01/1952
 Adresse : Route Kenitra Hay Chmaou ARSAT, SALA
 Tél. : 0661862111 Total des frais engagés : 417,10 DH

Cadre réservé au Médecin

Dr. SALHIALAOUI ELARBI
 Médecine Générale
 N°11, Lot Rabat El Bal Appt N°1 RDC
 Hay Chmaou Sala - Côte de BIM
 06 22 59 09 79 06 68 20 88 48
 INPE 1012463312
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 31/01/2023
 Nom et prénom du malade : BELAFKIH MANSOUR Age: 70 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : sd grippal surinfecté / Fièvre
 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 : SALA Le 02/02/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
31/01/2023			139,0024	DR. SALHI ALAOUIE N°11, Lq Rahat El Bal Appt N°1 RDC Hay Chénoua Sale a Cote de BIM 86 22 59 09 79 06 68 80 88 48 INPE 101246312

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Chirurgien	Date	Montant de la Facture
DR. Kabbal Sanae N°11, Lq Rahat El Bal Appt N°1 RDC Hay Chénoua Sale a Cote de BIM 86 22 59 09 79 06 68 80 88 48 INPE 101246312	31/01/2023	287,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

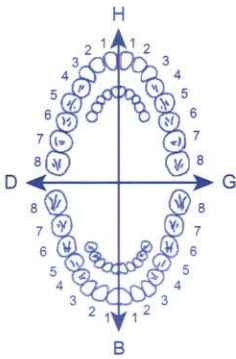
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

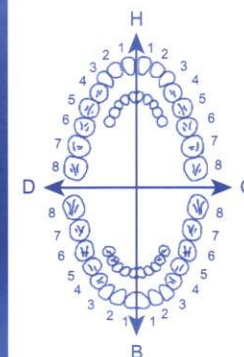
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Diplômé de la Faculté de Médecine
et Pharmacie Rabat

Echographie / ECG

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

الطب العام

الفحص بالصدى / تخطيط القلب

Salé le: 31/01/2023 : سلا في:

Mr MANSOUR BELAFKIH

79,70x21) Az: x 500y

159,40 $\times$ $\frac{1}{2} c_j$ $\frac{1}{2} c_j$ $\frac{1}{2} c_j$

141302/ Rhinofebral
Agut x 3/j pdt 5/

$29,40 \times \frac{2}{3}$
 $98,80$

14,60 4) Def: prane 1g
1c

28711?

PPV 14DH 60
PER 07 / 25
LOT ~~12~~ 652

2/ ✓
Dr. SALHI
Mède

N° 17. 10
Hayden
06 22 59 09 10
INFE

📍 N°11, Lot Rahat El [redacted] Chemaou, à Côté de BIM, Salé

② عمارة راحة البال رقم 11، الشقة رقم 1، الطابق السفلي، حي شماعو، قرب ييم، سلا

☎ 06 68 80 88 48 – 06 22 59 09 79