

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

Prothèse 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.

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.

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° P19-0046935

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11413 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 53378
Nom & Prénom : BOUINKA Ahmed
Date de naissance : 02/05/1967
Adresse : 05 Rue Sagh b Elm Moudjahid
Tél. : 0666354186 Total des frais engagés : ...

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 30/12/2020
Nom et prénom du malade : BOUINKA Ahmed Age : ...
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Ed pseudo phyllid Fehle
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 30/12/2020
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

30/10/2020 200 1 200

Dr BELKHAVALIA Mohamed

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

30.10.2020 262.90

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

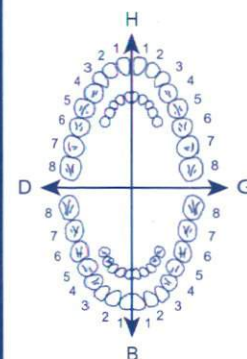
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses de traitement canalaires, ainsi que le bilan

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

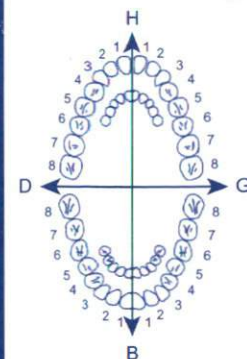
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

DR. BELKHALFIA Mohammed

Ancien chef des Services de chirurgie à
Casablanca et à Mohammedia
Spécialiste en Chirurgie Générale et Proctologie
Diplômé d'Echographie de Montpellier
Diplômé du Médecine de Travail
et d'Ergonomie de Rennes
Diplômé de Médecine légale et en Réparation
Juridique de Dommage Corporel de Rennes
Expert Assermenté auprès des tribunaux

ال دكتور بلخلفية محمد

رئيس قسم الجراحة سابقا بالدار البيضاء والمحمدية
اختصاصي في الجراحة العامة بروكتولوجيا
حاصل على دبلوم الفحص بالصدى من جامعة
مونبولى بفرنسا
حاصل على دبلوم طب الشغل والارگونوميا
من جامعة رين بفرنسا
حاصل على دبلوم الطب الشرعي والتعويض
القانوني للضرر البدني من جامعة رين بفرنسا
خبير محلف لدى المحاكم

Mohammedia, le

30/10/20

Zoukva
Ahmed

14.50
Zoukva Ahmed

89.00

16/35

Bouazza

16/94 et 16.4

79.70

Aziz Souz (3) 16.4

16/1

262.90

Dr BELKHALFIA Mohamed
Médecin chirurgien
Diplômé en Médecine du Travail
et en Médecine Légale
Tél: 05 23 31 31 99 Média

العيادة فيلا خلاجي شارع بندر انزران (أمام المحكمة) بالمحمدية العيادة 05 23 31 31 99 - الفاكس 05 23 32 98 39
Villa khilaji, Bd.Bir Anzaran - Mohammedia - Tél.Cab.: 05 23 31 31 99- Fax: 05 23 32 98 39

AZIX 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables
6 118000 040941

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2417

Azix® 500 mg
Azithromycine
3 Comprimés sécables
6 118000 040941

PPV: 79DH70
PER: 09/23
LOT: J2418

PPV: 89,00 DH
LOT: CB00105
EXP: 06/2023

Janac
sable
Dolostop® 500mg
Boîte de 16 comprimés effervescents
6 118000 094180

14150 /