

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.

Biologie 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.

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



54614

Déclaration de Maladie : N° P19-0004513

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BASJAJ Abdellah Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06 13 25 255 Total des frais engagés : 50 € + 140 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr BOUDFOR AHMED
366 Lot Haddioui-1er Etage
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 05 22 58 14 81
Date de consultation : 03 / 12 / 20 06 JAN. 2021
Nom et prénom du malade : ARRAS SANAA
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : dentaire
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 / 12 / 2020
Signature de l'adhérent(e) : AB

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
31/12/2020			140,00	Dr BOUDFOR AHMED 366 Lot Hadjoulou Mer Rouge Sidi Maârouf-Casablanca Tél: 05 22 58 14 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMA PHARMACIE ORLY SUD BP A190 - 94542 ORLY AERODROME Tél : 01 49 75 74 20 - 01 49 21 00 00	29.12.20	50,00 €

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 :

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

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 [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



- Diabétologie (Paris 13)
- Echographie
- Spécialiste en médecine de travail (Rennes)
- Ex. Médecin-chef de Centre médical Sidi Maârouf

- دبلوم في مرض السكري (باريس 13)
- الفحص بالصدى
- اختصاصي في طب الشغل (رين)
- رئيس المركز الصحي سيدي معروف سابقا

Dr BOUDFOR AHMED
الدكتور بوضفور أحمد
366 Lot Haddioui 1er Etage
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 05 22 58 14 81

Casablanca, le

03/12/2022

الدار البيضاء، في

M^{me} ARRAS Sanaa

Preparatum

salicylzin 1g.

clonazepam 2mg

cremo Cetomacragel

Ad 100g 3% tma

cremo 100g

Application e
benne 1 fr (j)

Dr BOUDFOR AHMED
الدكتور بوضفور أحمد
366 Lot Haddioui 1er Etage
Sidi Maârouf-Casablanca
Tél: 05 22 58 14 81

C/C

BAGGAGI

0661 32 52 55

50 €

PHARMACIE ORLY 4
AZOULAY-IBGHEI Caroline
ORLY SUD 190
91550 ORLY AEROPORT
France

Siren 438647448
TVA intra FR04438647448
Code NAF 4773Z
E-mail pharmacieorly4@gmail.com
Finess 91 2 01382 8

Ticket no 53470
95 S0
Le 29/12/2020 12:49:01 Caisse 01
n° FSE 8318

65369 ARRAS SANAE

Code Produit	Mt TTC
--------------	--------

PM.PREPARATION MAGISTRALE ***

2000090001022	50,00
---------------	-------

Total TTC en EUROS : 50,00

Nombre d'articles : 1

Mt HT	Taux	Mt TVA	Mt TTC
-------	------	--------	--------

47,39	5,50	2,61	50,00
-------	------	------	-------

Règlement en ESPECES : 50,00

Handwritten signature in blue ink.

Handwritten pink arrow pointing right and the word "Euro" in pink script.