

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **675** Société : **ND**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAUKI KALTbaum

Date de naissance :

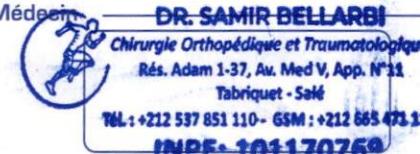
29/11/1946

Adresse : **App9, Imm37, résidence Saffia, Layyada, Sale**

Tél. : **0620759500**

Total des frais engagés : **+1.172,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **15/01/2014**

Nom et prénom du malade : **Muchauki Kaltbaum** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **gymnalepsie**

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 : **Sale**

Le : **15/01/2014**

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE 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
11/07/2014	g		300,00	DR. SAMIR BELAIDI Chirurgie Orthopédique et Traumatologique 26, Adam 1-37, Av. Med. V. app. #110 Télé: 0110-451110- MSM: +212 665 471 110 101170769

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMA AV IBN AYAD AYADA SALE 0537871484 FIX	15/11/84	# 82,00 #

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	
00000000	00000000
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

الدكتور سمير بالعربي
DR. SAMIR BELLARBI

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ET ORTHOPÉDISTE

لرباط
باريس
والمفاصل
و بمستشفيات فرنسا

DIPLOMÉ
DIPLOMÉ D
DIPLOMÉ DE L'ECHOGRAPHIE
ANCIEN INTERNE DU

Salé le: 15/01/2024

LOT PUC: 198.00 DH

C236
2025-09

CNK 3259-850



REV: 2021/11/01

MME CHAUKI KALTOUM

19,60 • D cure F
1 ampoule, matin, par mois X 3 mois

198,00 • Nociceptol
1 app, matin, midi, soir

13,20 x2
26,40 • Algik 500 mg / 50 mg
2 Comprimés, 3 fois par j pendant 10 j

149,50 x4
598,00
149,50
872,00
149,50
13,20

• Curarti forte
1 cp 2 fois par j pendant 1 mois puis 1 cp par mois.

PHARMACIE BABARRAYAN
AV IBNAL HAYYAM N°60
LAAYAYADA SALE
FIX 0537871484

DR. SAMIR BELLARBI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Rés. Adam 1 - 37, Av Mohamed V
Tabriquet - Sale
Tél.: +212 537 851 110 - GSM: +212 665 471 111
INPE: 10170769

PPC: 149,50 DH

Lot :

À consommer de
préférence avant le :

CURarti® forte
comprimé

باي الثاني - تابريكت - سلا، أمام محطة - البريد - للطرام (خط 1)

Résidence Adam 1 - 37, Av Mohamed V, App. N° 11, 2ème
tramway - la poste (ligne 1) - Tél. : +212 537 851 110

14 Ged