

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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

WB 20711

Déclaration de Maladie : N° P19-0019163

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **9461** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BÉLENKADEN** Date de naissance : **050365**

Adresse : **45 Rue Nouastir Hay Boujdour casab**

Tél. : **0660371099** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. Mohamed ALAFIF
O.R.L.
557, Bd. Mohamed VI
Tél: 0522 775 91 - Casab**

Date de consultation : **23/1/20**

Nom et prénom du malade : **BÉLENKADEN** Age :
(Signature)

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection O.R.L

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 : **casab**

Signature de l'adhérent(e) : **DR ALAFIF**

Le : **11/02/2020**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 23 1/20 | C8 | | 20298 | Dr. Mohamed ALAFIF O.R.L. 557, Bd. Mohamed VI Tél: 0522 32 91 - Casablanca |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | C |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | B |

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Dr Mohamed ALAFIF

Spécialiste des Maladies et Chirurgie

Nez - Gorge - Oreilles

Cou - Face

Exploration de L'audition

Endoscopie

Ancien Médecin à L'hôpital

20 Août de Casablanca

الدكتور محمد العفيف

اختصاصي في أمراض و جراحة

الأذن والأنف والحنجرة

جراحة الوجه والعنق

الفحص بالمنظار

اختبار السمع

طبيب سابق بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca, le 23 - 1 - 20

Mr : BELEM CADÉM Mohamed

65,00 1 Graymed 20 SV

65,00

3x est 1/24 0 ml 278

127,80 21 Ares 500mg SV

127,80

leg. mida
leg. 0 ml 127,80

LOT: 036N012
EXP: 06/2021
PPV: 149DH00

31 Sudena aquale SV

149,00
18,80
380,60

2 plic → X2 0 ml

Dr. Mohamed ALAFIF
O.R.L.
52, Bd. Mohamed VI
tel: 0522 82 75 91

PPV (DH) :

LOT N° :

UT. AV. :

38,80

PHARMACIE CHAOUF
AHMIDA Mohammed

49140 El Jadida - Casablanca

Résidence ESSMA 0522 82 75 91

INPE : 092018357 - ICE : 0014439000087

هاتف: 0522 82 75 91