

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 caractére 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- 0021363

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **1975**

Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné[e]

Autre :
Nom & Prénom : **A.F.KIR Lahcen** Date de naissance : **01/01/1969**

Adresse : **S.0. Bloc 26 N°61 casq**

Tél. **0666388028** Total des frais engagés : **2.00.00 + 79.80 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Dr. BELFATMI Moham
B.U en Diabetologie B.U en Nutrition

Diplôme en Echographie
Diplôme en Médecine du Travail
Membre de la Société Francophone de
Bd. Rida Guedira, Cité Dacty
Tel. 05 22 56 56 61 - E-mail : belfatmi@

Cachet du médecin :

Date de consultation : **21/4/2020**

Nom et prénom du malade : **A.F.KIR Lahcen** Age : **51 ans**

Lien de parenté : **À Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Maladie de l'artère**

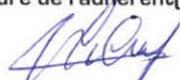
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : / /

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
21/11/17	01		20000	Dr. BELFATMI Mohame en Diabetologie Dr en Nutrition Diplôme en Echographie Diplôme en Médecine du Travail Membre de la Société Marocaine des Radiologues Bd Reda Guedira, Cite Djemaa El Fna Tel : 05 22 56 55 81 - E-mail: belfatty@yahoo.com

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BENNOUR Bloc 25 N° 8 Sidi Othmane Casablanca Tél : 05 22 55 22 15	21.10.1996	79,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

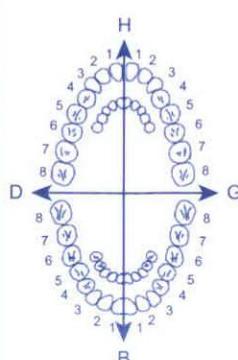
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Functional Theories focus on the meaning of language.



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXÉCUTION

Docteur MOHAMED BELFATMI

الدكتور محمد بالفاطمي

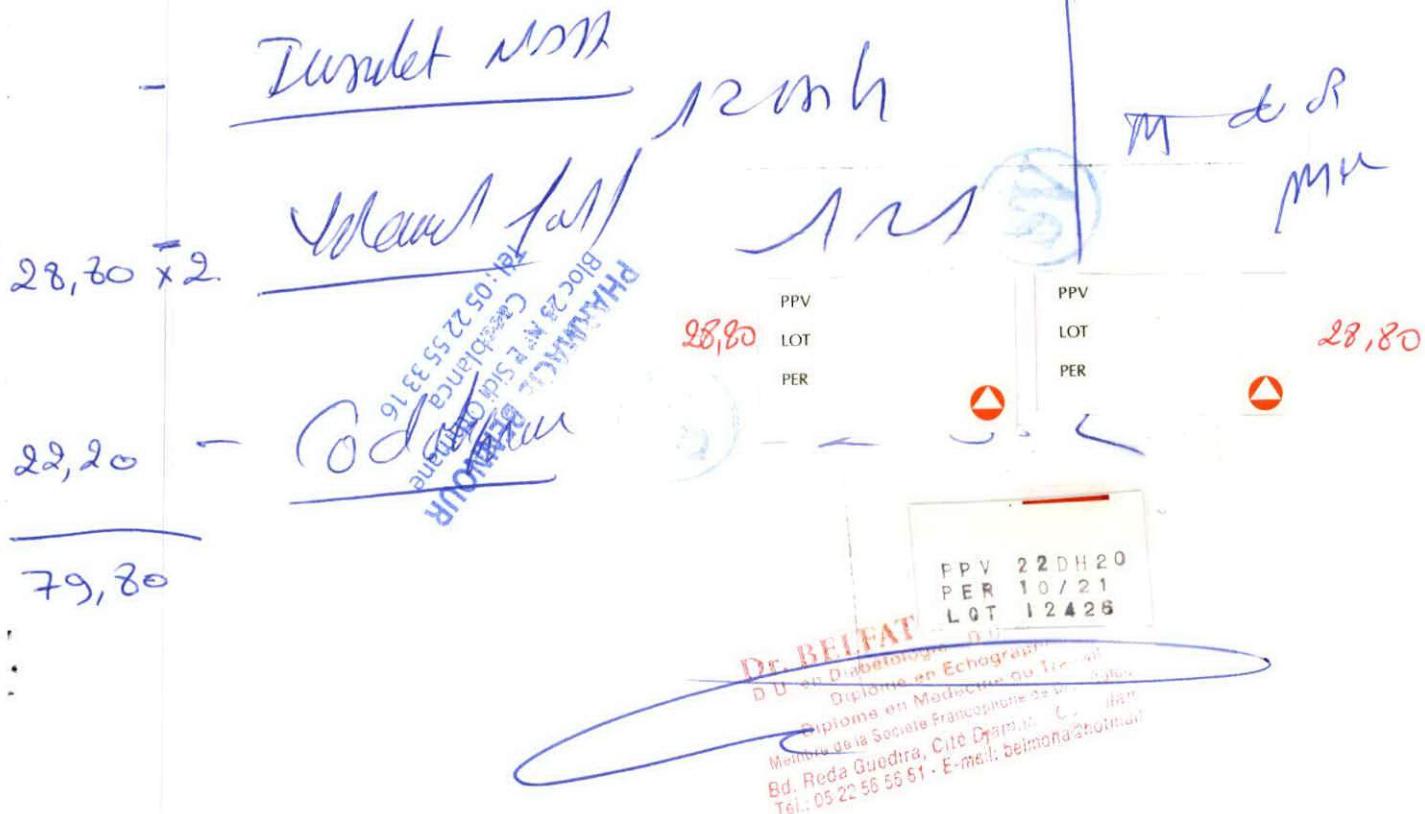
- D.U en Diabétologie
- D.U en Nutrition
- Membre de la société Francophone de Diabétologie
- Ex. médecin chef de l'unité de Diabétologie
- Au Centre Hospitalier Moulay Rachid
- Diplômé en Echographie
- Spécialiste en médecine de travail

دبلوم جامعي في داء السكري
دبلوم جامعي في التغذية
عضو الجمعية الفرنكوفونية لداء السكري
رئيس وحدة داء السكري
بالمراكز الاستشفائية مولاي رشيد سابقا
شهادة الفحص باصدقى
أخصائى فى طب الشغل

Casablanca le 21 AVR 2020 الدار البيضاء في

DR. AFIKIR . MHAEN

reducela platinium



شارع رضى اكديرة (النيل سابقا) 546 قرية الجماعة الدار البيضاء / الهاتف: 0522565661

Boulevard reda Guedira Ex : Bd Nil N°546 –Casablanca Cité Djamaà

Tél.0522565661/E-mail : dr-belmo@hotmai.fr