

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 :

2630

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HUAC MOHAMMED.

Date de naissance :

01/07/58

Adresse :

ZKAOURA

Rue 05 N° 13 AINCHOUK

CASA

Tél. 06 37 87 28 18

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

دكتور رشيد بلطف DR.BELGHMI RACHID  
طبا عام ٢٩ سبتمبر ١٩٩٨  
جبلة ٤ سعادة البصائر  
 GSM : 06 63 30 09 58

Date de consultation :

H 14/10/2020 facture

Nom et prénom du malade :

Mohamed

Lien de parenté :

Lui-même

conjoint

Nature de la maladie :

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.

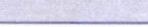
Fait à : CASA

Le : 12/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

**MUPRAS**

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
07-12-21	C	G		INP : 09/10/2021 SEIGNEUR 2021 13/03/98 13/03/09 58

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	07/01/2021	21441,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																						
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																						
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																						
<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																						
<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																						
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>																		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">H</td> <td style="width: 50%;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		<input type="text"/>
	H	G																				
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	<hr/>																					
	D	G																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	<hr/>																					
B																						
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>																			
<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																						
<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																						
<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																						
<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																						

**Docteur Rachid BELGHMI**

Ex médecin des urgences

Hôpital Sidi Othmane

Médecin Assurmenté auprès

Des tribunaux

spécialité en Médecine du Sport

Médecine Générale

LOT 200726

EXP 05/2023

PPV 28.00DH

LOT 200165

EXP 02/2023

PPV 28.00DH

LOT 200163

EXP 02/2023

PPV 28.00DH

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

AMAREL 3MG  
CP B30

P.P.V 92DH10

6 118000 060017

LOT 181694

EXP 10/2021

PPV 28.00DH

REF: 11-2021  
LOT: 820003

AMAREL 3MG

CP B30

P.P.V : 92DH10

6 118000 060017

الدكتور رشيد بلغبي  
BELGHMI RACHID  
طبيب عام  
جبلة 4 زنة 98 رقم 29 سباتة  
SM : 06 63 30 09 58

نة 4 زنة 98 رقم 29 - سبتة قرب من الشباب - الدار البيضاء - الهاتف: 06 63 30 09 58  
Jamila 4, Rue 98 N° 29 - Sbata - Casablanca - Tel : 06 63 30 09 58

الدكتور رشيد بلغبي  
طبيب قسم المستعجلات  
سابق مستشفى سيدى عثمان  
طبيب محلف لدى المحاكم

شخص في الطب ا  
الطب العام

28,00

07-01-21

وصفة طبية

ORDONNANCE

Hilalou fathmci

28,00 X 6

Glicophagel 500 mg

S.I.

771

9210X3

fructof

3

3

Acidex

191

Pharmacie Cité Addamane  
Bd M'hamed El Jazira HACHAM  
Au Jannane Doba - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 21 34 99

28,00