

# 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.

## Educateur :

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.

## Prothésaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19-0035730

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **57680** ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1803** Société : **R.A.M. Esc. RBA**  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : **BELAFKIH Mansour**  
Date de naissance : **02/01/1959** **SALY**  
Adresse : **Route Kenitra Hay Chmâou A.R.S.A.T. Saly**  
**BP 529 Saly**  
Tél. : **06 61 86 2 111** Total des frais engagés : **320,90 + 120,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : **06/01/2021**  
Nom et prénom du malade : **MANOUR BELAFKIH** Age : **68 ans**  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : **HTA + sd gèrè + Lombalgie**  
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 : **SALY** Le : **07/01/2021**  
Signature de l'adhérent(e) : 



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>Dr. Kabbaj Sanae</b> <b>Pharmacie Yacout</b> Yacout Rte de Mahdia - Hay Chemaou Tél : 0537 87 87 17 0066:24273000038 <b>IDE : 102057288</b>	06 01 2021	320,90

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

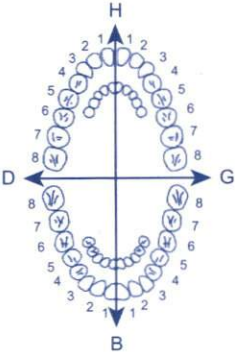
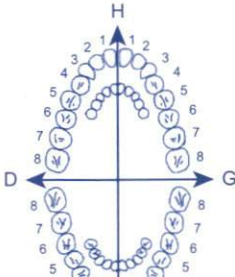
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

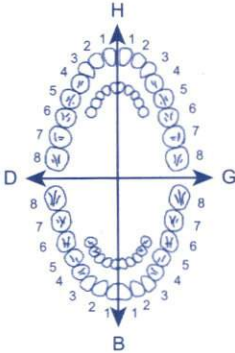
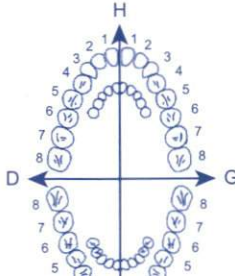
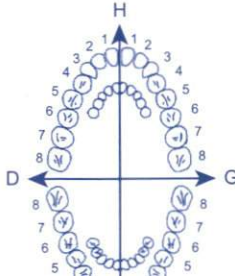
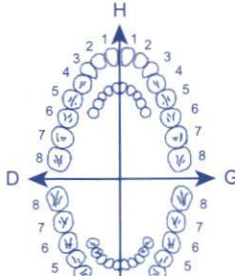
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>												
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
<div><div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div><div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div><div></div><div></div><div></div></div>					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
<div><div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div><div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div><div></div><div></div><div></div></div>					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
<div><div><div><div>H</div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>D</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>G</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div><div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div><div></div><div></div><div></div></div>					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>

Dr. SALIHI ALAOUI ELARBI

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et Pharmacie Rabat

Médecine Générale  
Echographie / ECG



الدكتور صالح

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

الطب العام  
الفحص بالصدى / تخطيط القلب

Salé le : 06/01/2021 سلافي :

Mr MANSOUR BELAFKIH

1/  
28,70

Cardioaspirine 100-g

1c /j

après repas  
pdt 10j

2/  
49,60

D cure 2400UT

10 gouttes /j

Dr. Kabbaj Sanae  
Pharmacie Yacout  
Complexe Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemaou  
Salé - Tél : 0537 87 87 17  
ICE : 000424273000038

3/  
49,40

Coltramyl 4-g

1c x 3 /j

pdt 5j

4/  
49,40  
x 2  
148,20

Amp 5-g

1c /j

pdt 3 mois

148,20  
x 3  
46,20

Stimol (ampoules)

1 amp

x 2 /j

pdt 10j

46,20  
x 7  
320,90

② N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N° 1, RDC, Hay Chemaou, à Côté de BIM, Salé  
② عمارة راحة البال رقم 11، الشقة رقم 1، الطابق السفلي، حي شماعو، قرب بيم، سلا  
② 06 68 80 88 48 - 06 22 59 09 79

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
ayer S.A.



6 118001 090280

O

uvables

PPV: 49.60 DH  
LOT: 18K19  
EXP: 11/2021

49,40

49,40

49,40

LOT: 0307  
PER: 10 2023  
PPV: 46.00DH