

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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Education :

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.

Traiteur :

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 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0035730

Optique 57680 Autres

Maladie

Dentaire

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 : 02/01/1953

Adresse : Route Kenitra Hay Chnada A.R.S.A.F. S.A.L.A. N° 529 S.A.L.A.

Tél. : 266.186.9.111

Total des frais engagés : 320,90 + 120,00

Dhs 440,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/01/2001

Nom et prénom du malade : MANSOUR BELAFKIH Age : 48 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + sd gregat + 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 : S.A.L.A.

Le : 07/01/2001

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
06/01/2021			120,00 DH	Dr. S.M. El Hafsi Médecin de Famille 06/01/2021 NPE : 101246312

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. Kabbaj Sanze Pharmacie Yacout e Yacout Rte de Mahdia, bay Chamaou Sanze Tél: 0537 187 17 187 17 000038 187 17 102057288	06/01/2021	320,90

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

CŒFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

Dr. SALIHI ALAOUI ELARBI

Diplomé 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

سلافى :

Mr MANSOUR BELAFKIH

1) Cardioaspirin 100-
2f. 20 1c/j

apri repas
pdt 10j

2) D curu 24000UJ
49.60 10 gantel/j

Dr. Kabbaj Sanae
Pharmacie Yacout
Complexe Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemaou
Salé - Tel : 0537 87 87 17
ICE : 006424273000038

INPE : 102057288

3) Coltramyl 4-
49.40 1c x 3/j pdt 5j

4) Amep 5-
49.40 1c/j pdt 3 mois

5) Stimol (amponces)
46.30 1amp x 2/j pdt 10j

320.50

② N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N° 1, RDC, Hay Chemaou, à Côté de BIM, Salé
عمارة راحة البال رقم 11، الشقة رقم 1، الطابق السفلي، حي شماعو، قرب بيم، سلا

③ 06 68 80 88 48 - 06 22 59 09 79



uvables

