

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

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 : 1803 Société : R.A.M. (60607)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BELAFKIH Mansour

Date de naissance : 22.02.1952

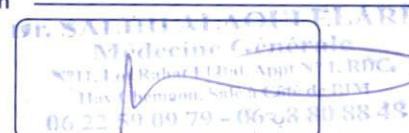
Adresse : Route Kenitra Hay. Chouaïba ARSAT, SALA. N°529 Salé

Tél. : 0661812111

Total des frais engagés : 1469,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/02/2021

Nom et prénom du malade : MANSOUR BELAFKIH Age: 68 ans

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : HTA + HBP

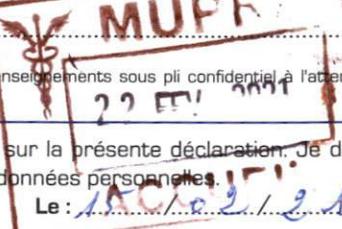
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : SALÉ

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVÉ 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
04/02/2021			Contre gratuit	Signature et cachet du Médecin attestant le paiement des honoraires. NPE : 101246312

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
15E : 102057233	04/02/21	4.695,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

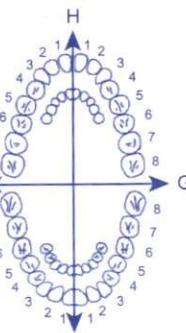
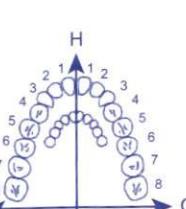
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS D'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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SALIHI ALAOUI ELARBI

Médecine Générale

Diplomé de la Faculté de Médecine
et Pharmacie Rabat

الدكتور صالحى -
الطب العام



خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Salé le : 04/02/2021 سلا في :

Mr MANSOUR BELFAKIH

1) 242/00 Adovart 0,5 mg ;

Ac / j pdt Ames 3 mois

49/00
97,10 2) Ames 5 mg pdt 3 mois
Ac / j

3) 50/05 Musfan 80 mg pdt 6 mois
Ac x 3/j

Dr. Kabbaj Salé INPE : 102057288
Pharmacie Kabbaj Salé - 0642273000033
Cité Yacoubi - Tel: 0642273000033
Lot Rahat El Bal, Appt N° 1, RDC, Hay Chemaou

Dr. SALIHI ALAOUI ELARBI
Médecine Générale
N° 1, Lot Rahat El Bal, Appt N° 1, RDC
Hay Chemaou, Salé - 102057288
06 22 59 09 79 - 06 68 80 88 48

INPE : 101246312

⊗ ن° 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 شماوع، قرب بيم، سلا

⊗ 06 68 80 88 48 - 06 22 59 09 79

s

ID: 646666 GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Region de Rabat
PPV : 272,00 DH



49,40

97,70

124 185003378