

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

## ique :

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.

## taire :

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.

## ladie 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0005445

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1803 Société : E.S.C. R.B.A. R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BELAFKIH Mansour

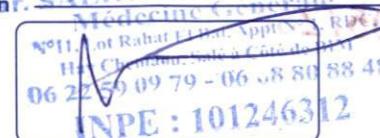
Date de naissance : le 09/01/1952

Adresse : Route Kenitra, Faz, Chamaâou, PRSAT, SALA, NISL

Tél. : 06.61.86.91.11 Total des frais engagés : 833,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/07/2021

Nom et prénom du malade : BELAFKIH MANSOUR Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : HTA / HBP / douleur articulaire.

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

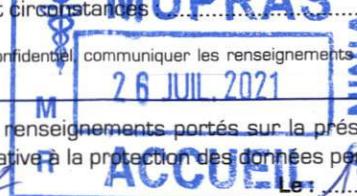
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 10/07/2021

Signature de l'adhérent(e) : JB

Autorisation CNDP N° : AA-A215 / 2019



#### **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
10/07/2021			G	Dr. SULTAN MEDECINE ET CHIRURGIE Chamouny - 59 00 79 - 06 18 80 00 E : 101246312

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>Dr Kabbaj Sanae</b>  <b>Pharmacie Yacout</b>          Route Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemaou          Salle Tél : 0537 87 87 17          ICE : 000424273000038</p>	10.07.021	<p><b>Dr. Kabbaj Sanae</b>  <b>Pharmacie Yacout</b>          Route Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemaou          Salle Tél : 0537 87 87 17          ICE : 000424273000038</p> <p><b>833,20</b></p>

**INPE : 102057288**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

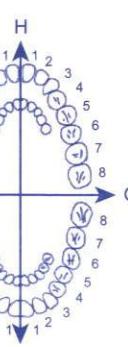
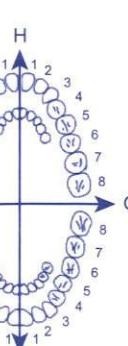
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaire, 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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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'EXECU

DE SALHIA ALAOUI ET  
Médecine Générale

N°17, lot Rahat El Rdc, Appart N°1, RDC,  
Hay Chemaou, Salé à Côté de BIM  
06 59 09 79 - 06 08 80 88 48

INPE : 101246312

# ORDONNANCE

Salé le 10/07/2021



Mme MANOUR BELAFKIH

LOT 20101  
EXPIRÉ 03/2022 ✓  
PPV 121.40DH  
210228  
P 08/2022  
V 121.40DH ✓

ist 50  
Pharmacie Sanae  
Pharmacie Yacout  
Salle 102, 2ème étage, Hay Chemaou  
Téléphone : 0537 87 87 17  
N°INPE : 000424273000038

Umax 0,4 →

1/j

pdf 3 mois

242,83

Amp 5 →

49,40

49,40

1/j

pdf 3 mois

49,20 3) Difaf 50 →

1c

α 2/j

(après repas)

PPC:199,00 DHS  
N° DE LOT:  
DATE DE FABRICATION:  
À CONSOMMER PRÉFÉRENCE AVANT FIN:

pdf 2 mois

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

INPE : 102057288

Cai

Fabriqué par PHYTEO LABORATOIRE  
11, rue de Montbazin 37210, MONTS - FRANCE

Distribué par DERMAFRIC

76 lot El Youmn 1, BMO MEKNÈS, MAROC

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

INPE : 101246312