

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

○ 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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1803

Société : R. N. M. Esc. R.B.A

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELAFKIH, Mansour

Date de naissance : le 02/01/1959

Adresse : Route Kénitra-Hay Chamaïou, P.R.S.A.T. SALA N° 529

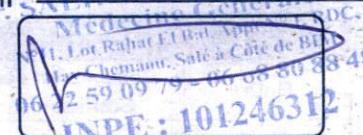
Tél. : 0661 862 111

Total des frais engagés :

951,30 D.H.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/2021

Nom et prénom du malade : ADIFI HABIBA

Age : 62 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Angine + 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 :

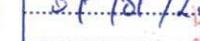
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 20/07/2021

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
02/08/2021			G	Dr. SALAH ALI V.H. Dr. Rabat F.R.B. App. 06 22 59 09 79 - 06 08 80 88 NPE : 101246312

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
   	   	   

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 l'OD

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																					
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																							
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td colspan="2">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">35533411 11433553</td> </tr> </table>				H		25533412 21433552		D		00000000 00000000						G		00000000 00000000		B		35533411 11433553	
H		25533412 21433552																							
D		00000000 00000000																							
G		00000000 00000000																							
B		35533411 11433553																							
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							
		<p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p>																							
		<p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p>																							
		<p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SALIHI ALAOUI ELARBI

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Médecine
et Pharmacie Rabat



الدكتور صالح علواني العربي
الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Salé le : 07/07/2021 سلافي :

Moine HABIBA AOUFI

PPU: 168.30 DH
LOT: 644969
PER: 02/22

1682 1) Argentinia 19
As α 3/j

part 7)

29,7' 2) Rinomicin

$\propto 2^{\ell_j}$ pdt^{ℓ_j}

9270

pdf 10j

10040
LOG 20009
PER 07/26
PPV 100DH40

JULIA LAOUEL ARBI
Médecine Générale
Dr. Béchard L.Bal. Appr. N° 1. RDC.
av. Chénier. Salé à Côte de Mar
22 59 09 79 - 06 68 80 88 48
INPE : 101246312

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

06 68 80 88 48 - 06 22 59 09 79