

# 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.

## 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.

## 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 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° P19-0035732

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1803 Société : Exc. P.B.A. R.A.M.  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
Nom & Prénom : BELAFKIH Mansour  
Date de naissance : 02/01/1952  
Adresse : Route Kenitra Hay Chmaou ARSAT, SALA. N° 529 Sala  
Tél. : 0661 862111 Total des frais engagés : 314,00 DH

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : 16 / 11 / 2021  
Nom et prénom du malade : MANSOUR BELAFKIH Age : 69 ans.  
Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
Nature de la maladie : HTA / 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 : Le : 20/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
16/11/2021			100,00014	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11.2021	214,00

### 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	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

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	Coefficient DES TRAVAUX	MONTANTS DES SOINS	DATE DU DEVIS														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">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																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

Dr. SALIHI ALAOUI ELARBI

Médecine Générale

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et Pharmacie Rabat



الدكتور صالحى علوي العربي

الطب العام

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Salé le : 16/11/2021 : سلافي :

Mr MANSOUR BELAFKIH

49,40

49,40  
+ 3  
-----  
148,20

Amp 5-8

nc/j

pdT

49,40

5 mois

49,40

37,00

Dulastan

nc

x 2/j

pdT 7.

3)

Vitaneril fort

nc

x 2/j

pdT 15j

INPE : 102057288

28,80  
-----  
214,00

Dr. Kabbaj Saïed  
Pharmacie Yacout  
Complexe Yacout - 1<sup>er</sup> étage de Mahdia, Hay Chemaou  
Sala - Tél : 0537 87 87 17  
NCE : 00424273000038

Dr. SALIHI ALAOUI ELARBI  
Médecine Générale  
N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N° 1, RDC  
Hay Chemaou, Salé à Côté de BIM  
06 22 59 09 79 - 06 68 80 88 4  
INPE : 101246312

28,80

📍 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

☎ 06 68 80 88 48 - 06 22 59 09 79

PPV  
LOT  
PER