

## 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.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Récclamation                     | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-695440

107099



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1803

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mansour BELFKIh

Date de naissance :

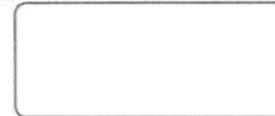
Adresse :

Tél. : 0661 862111 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie :



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 :

Signature de l'adhérent(e) :



## 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.

### 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 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° P19-0035733

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1803

Société : R.A.M. Ex. P.B.A.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Mansour BELAFKIH

Date de naissance : le 9.01.1959

Adresse : Route Fémenta Hay, Chnâou ARSAT SALA

Tél. 0661869111

Total des frais engagés : 565,00 + 100,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. SALHI ALAOUI EL ARBI  
Médecine Générale  
N°11, Lot Rahat El Bal App! N°1 ROC  
Hay Chnâou Salé à Côte de BH  
06 22 59 09 79 06 68 80 88 48  
INPE 101246312

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/02/2022

Nom et prénom du malade :

MANSOUR BELAFKIH

Age : 63

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

HBP / HTA / infection respiratoire

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 : 28/02/2022

Le : 28/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-035733

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1803

Nom de l'adhérent(e) : Mansour

Total des frais engagés : 665,00 Dhs

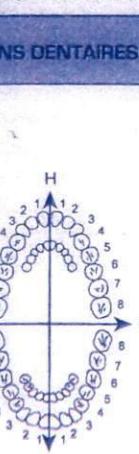
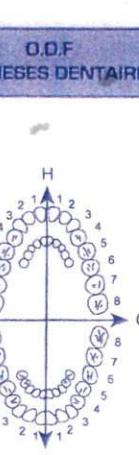
Date de dépôt : 28/02/2022

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
23/02/2022			10000 DA	Dr. SALHI ALAOUI FLM Médecine Générale 11. Lhr Ranah El Bar APP Obemadou Sate a côte 59 09 79 06 58 12 ZE 101246

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourrisseur	Date	Montant de la Facture
<p><u>Dr. Kabbaj Samia</u>  <u>Pharmacie Yacout</u>          Route Yacout Rte de Mahdia, Hay Chemaou          Salé Tél : 0537 87 87 17          ICE : 000424273000038</p>	23/02/22	565,00
<b>INDE : 102057283</b>		

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

VOLET ADHERENT

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																		
Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et en indiquant la nature des soins.																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
 <p><b>SOINS DENTAIRES</b></p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>															
			<b>MONTANTS DES SOINS</b>															
			<b>DEBUT D'EXECUTION</b>															
			<b>FIN D'EXECUTION</b>															
	 <p><b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b></p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>
		H	G															
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
B																		
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		<b>MONTANTS DES SOINS</b>																
		<b>DATE DU DEVIS</b>																
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

Dr. SALIHI ALAOUI ELARBI

Diplômé de la Faculté de Médecine  
et Pharmacie Rabat

Médecine Générale

Echographie / ECG



الدكتور صالحى علوى العربى

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

الطب العام

الفحص بالصدى / تخطيط القلب

Salé le : 23/02/2022 سلافي :

Mr MANSOUR BELAFKIH

1)  $\frac{49,70}{\times 2}$   
 $\underline{159,40}$

Azix 500-r

1c/j pdt 1j  
per 1c/j pdt 6j

2)  $\frac{109,70}{\times 2}$   
 $\underline{219,40}$   
3)  $\frac{32,10}{\times 2}$   
 $\underline{64,20}$

Contiflo 0,4-r

1c/j

pdt 2

Cotri- fort  
1c  $\times 2$  1j

PPV 79 DH70  
PER 08/24  
LOT K2179

PPV 79 DH70  
PER 08/24  
LOT K2179

PPV: 109DH70

CONTIFLO®

PPV: 109DH70

49,40

49,40

49,40

CO-TRIM® F

PPV 38DH00

Dr. Kabbaj Sanae

Pharmacie Yacout

Complexe Yacout Rte de Mahdia / Hay Chemaou

Salé - Tél : 0537 87 8277

ICE : 000 24273000038

Appt 51

1c/j

INPE : 102057288

Dr. SALHI ALAOUI  
Médecine Générale

N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N°1, RDC, Hay Chemaou, à Côté de BIM  
Hay Chemaou Salé à Côté de BIM  
N°22 NPE 101246312

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

Q 06 68 80 88 48 - 06 22 59 09 79

PPV 150H30  
EXP 12/2024  
LOT 19036 10