

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

s 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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057522

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 10087 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MAHMOUD EL RAATBAOY

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2022

Nom et prénom du malade : Naïf Elgarra Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/03/22			200,00	Dr. BELFATMI Mohamed D.H. en Diabétologie, D.H. en Nutrition Diplôme de Cardiographie Diplôme en Médecine du Travail Membre de la Société Francophone de Diabétologie Bd. Rada Guedira, Cité Djamaa Casablanca Tél. 05 22 55 55 51 - Email: belfatmi@hotmail.fr

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

صيدلية السالمية
PHARMACIE SALMIA
Mme. LEMTINI Fouzia
Pharmacienne
86, Bd. El Joulane Salmia II
Sidi Othmane - Casablanca
Tél : 05 22 38 21 70

08/03/22

666,80

08/03/22

315,00

PARAPHARMACIE
ICHRAH SALLAU
N°15, Rue 33, Salmia II

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
		AM	PC	IM	IV	

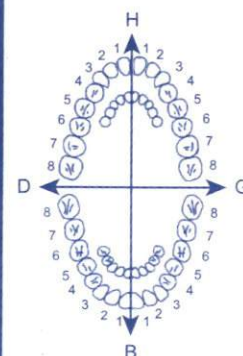
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le b

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
G	
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

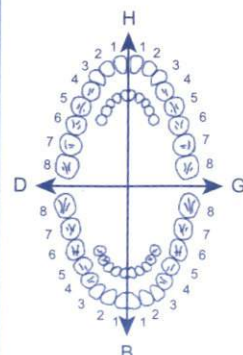
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدكتور محمد بالفاطمي

دبلوم جامعي في داء السكري

دبلوم جامعي في التغذية

عضو الجمعية الفرنكونية لداء السكري

رئيس وحدة داء السكري

بالمركز الاستشفائي مولاي رشيد سابقا

شهادة الفحص باصدي

أخصائى فى طب الشغل

08 MARS 2022

الدار البيضاء في .

P^a : Nagat FLGARA

→ Educativ pluricultural

gemmet 50/100

FORRICA

₹ 63,00

Blank test

28.80

Nafal

75.00

666,80

Dr. BELFATMI Mohamed
D.U. en Nutrition
Diabétologie
Echographie
Travail

BELFAIR D.O. O.
en Diabétologie
Diplôme en Echographie
Diplôme en Médecine du Travail
de la Société Française de Diabétologie
de la Société Française de Diabétologie
de la Société Française de Diabétologie

total £315,00

$$\begin{array}{r} 90 + 225 \\ \hline 315.00 \end{array}$$

0522565661

Boulevard reda Guedira E. Bd.N°N°546, Casablanca Cite Djama

Tél.0522565661

E-mail: belmoha@hotmail.fr

Tél. 0522 256 56 56 - Email : dr-belmoha@hotmail.fr

PARAPHARMACIE
ICHIAK CARL AU
N°15, Rue 33, Salmia II

PARA ICHRAK

FACTURE N° : FA 006 2022

DATE	CLIENTS	PAGE
08/03/2022		

DESIGNATION	QUANTITE	P.U. HT	TOTAL HT
Contour plus kit	2,00	90,00	90,00
Contour plus bandelette de 25	3,00	75,00	225,00
MT TVA		% TVA	315,00
		20%	



Arrêté la présente facture à la somme de:



PARA ICHRAK SALMIA 2 Rue 33 N°15 - TEL:0522.599.822 - GSM:0658.408.583
RC:230343 - Patente:37976348 - ICE: 000196246000080

فوركسيغا(م)
5 ملغ
فوركسيغا(م)
10 ملغ

P050592

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp peli b28
P.P.V: 563,00 DH

6 118001 185023