

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

## Pathologie 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.

## 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## Pathologie 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 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° M20- 0005448

Optique **11893**  Autres

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1803** Société : **R. A. M. Ex. R. B. A.**

Actif  Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **BELAFKIH Mansour** Date de naissance : **02/10/1953**

Adresse : **Route Kenitra Hay Chmaïdou ARSAT SALAH** N° 529 Salé

Tél. : **0661869111** Total des frais engagés : **35590 + 130,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

D. SALHI ALAOUI ELARBI  
Médecine Générale  
N° 11, lot Rahat El Bal And N° 1 RDC  
Hay Chmaïdou ARSAT SALAH  
06 22 59 09 79 05 58 80 88 48  
INPE 101246312

Cachet du médecin :

Date de consultation : **19/04/2022**

Nom et prénom du malade : **MANSOUR BELAFKIH** Age : **70**

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **HTA / infection ORL / Ballonnant abdominal**

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 : **19/04/2022**

Le : **20/04/2022**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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
19/04/2022			130,50 DA	DR. SALHIA ALAGUI ST. ELARBI N°11, 1er Rahat El Bar Abo Haydrenou 9 06 59 09 80 88 INPE 101246372

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INPE : 102057288	19/04/22	355,90

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

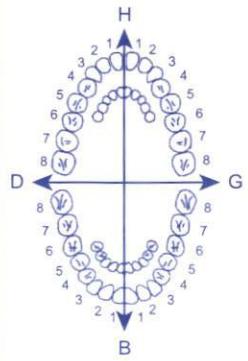
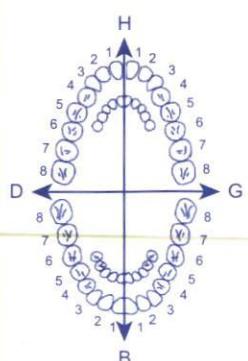
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux															
																			
																			
<h3>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</h3> <h4>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</h4> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	B			
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
				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'EXEC

Dr. SALIH ALAOUI ELARBI

Diplomé 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: 19/04/2022

سلافي:

Mr MANSOUR

BELAFKIH

49,70 D) Azix 500 mg

~~49~~  
159,40 pris 160 mg pdf Aj 6 j.

79,70  
LOT 12149

79,70  
LOT 1112

49,40/2

Amep

ddt

3 mois

~~49,80~~

1c/j.

49,40

49,40

22,70 3)

Rinomicin

1s

2 j.

pdf 5 j.

PHARMAS LOT : 5823  
UT.AV : 12-24  
PPV : 22DH70

4) 49,10  
~~355,90~~

Noflat

x

10) pdf 2 j.

Dr. SALIH ALAOUI ELARBI  
Médecine Générale  
N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N°1, RDC, Hay Cheïnou, à Cdt  
Aloïs Kabbaj Sanas  
Pharmacie de la BIM, Hay Cheïnou, 0537 87 22 70  
N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N°1, RDC, Hay Cheïnou, à Cdt  
Aloïs Kabbaj Sanas  
Pharmacie de la BIM, Hay Cheïnou, 0537 87 22 70  
INPE : 102057288

11) 06 22 59 09 79  
06 68 80 88 48  
N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N°1, RDC, Hay Cheïnou, à Cdt  
Aloïs Kabbaj Sanas  
Pharmacie de la BIM, Hay Cheïnou, 0537 87 22 70  
N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N°1, RDC, Hay Cheïnou, à Cdt  
Aloïs Kabbaj Sanas  
Pharmacie de la BIM, Hay Cheïnou, 0537 87 22 70  
INPE : 101246312

② N°11, Lot Rahat El Bal, Appt N°1, RDC, Hay Cheïnou, à Cdt  
البال رقم 11، الشقة رقم 1، الطابق السفلي، حي شاعر، قرب بيم، سلا

③ 06 68 80 88 48 - 06 22 59 09 79

NOFLAT  
LOT : 155890A  
DLUO : 11/2024  
PPC : 75.00 DH  
PHARMA CONNECT