

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

M22- 0020505

136043

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ANBRY-FATIHA-EP BENANNAI

Date de naissance : 14-5-55

Adresse : 1 Ave AIN AGHAL CASA. Hy. SALAH.

0662555644

Tél. : Total des frais engagés : 250 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

الدكتورة المنصوري شادية

الخصائية في أمراض القلب و الشرايين

Dr. MANSOURI Chadia

Cardiologue

لغذاء الصفوة بقطاع شارع غلال الفاسي يعقوب المنصور

05 24 31 08 80 - الهاتف

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15 OCT 2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : D.I.D.

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 11/11/2022

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
15 OCT 2022	ESG		25000	DR. MANSOURI CHADIA

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 MEDICAUX

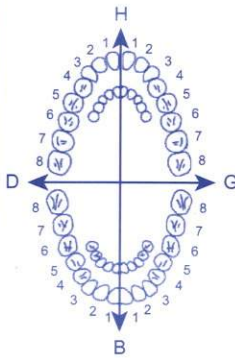
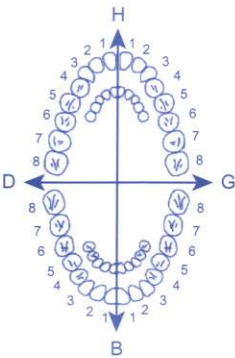
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

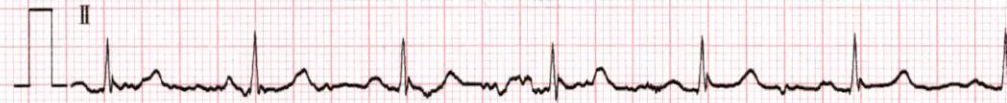
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



15 OCT. 2022



15 OCT. 2022



15 OCT. 2022



ANBRY FATIGA

15 OCT. 2022



15 OCT. 2022



15 OCT. 2022



Dr MOUINE SAAD

Chirurgien Ophtalmologiste

Ancien médecin au CHU de Rabat.
Ancien médecin au CHNO des 15-20 Paris.

CHIRURGIE VITRÉO-RÉTINIENNE

CHIRURGIE DE LA CATARACTE

CHIRURGIE REFRACTIVE

- Laser multispot / YAG / SLT
- OCT / Angiographie / Champ visuel,
- Echographie, topographie cornéenne, microscopie spéculaire.



**CENTRE AL AMAL
D'OPHTALMOLOGIE**
MARRAKECH

د. سعد معين

اختصاصي امراض و جراحة العيون

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي
ابن سينا بالرباط
طبيب سابق بالمستشفى الوطني لطب
العيون 15-20 باريس

**عمليات الشبكية و الجسم الزجاجي
جراحة المياه البيضاء (الجلطة)
جراحة تصحيح النظر**

- فحص المجال البصري (أو مجال الرؤية)
- تصوير الشبكية / الفحص بالصدى
طوبوغرافية القرنية

14/10/2022

Cher confrère,

Je vous adresse Mme ANBRY Fatima dans le cadre
d'un bilan cardiovasculaire d'une HTO et la mise en route
possible d'un traitement par Bêta Bloquants .

Merci de ce que vous ferez pour lui.elle.

Bien confraternellement

CENTRE AL AMAL
D'OPHTALMOLOGIE
Dr MOUINE SAAD
Chirurgien Ophtalmologiste
BD YAAKUB EL MANSOUR IMM. ESPACE GUELIZ N° 23 (FACE A HOTEL EL KABIR) - 4EME ETAGE APPT N° 32 MARRAKECH
HOTEL EL KABIR - 35000 MARRAKECH

DR MOUINE SAAD

Dr. MANSOURI Chadia

Cardiologue
diplômée de l'Université
Aix-Marseille, France
Echographie doppler
Cardiaque et Vasculaire



الدكتورة المنصوري شادية

إختصاصية في أمراض القلب والشرايين
خريجة كلية الطب بمرسيليا، فرنسا
الموجات فوق الصوتية
للقلب و الشرايين

Marrakech le : 15 OCT. 2022 : مراكش في

071097604

A NB Ry FATI MA

CG = 25 DA

الدكتورة المنصوري شادية
المختصة في أمراض القلب و الشرايين
Dr. MANSOURI Chadia
Cardiologue
فضاء الصفوة تقاطع شارع علال الفاسي يعقوب المنصور
24 N° RDC Espace Assafa

تقاطع شارع علال الفاسي و شارع يعقوب المنصور، عمارة فضاء الصفوة، الطابق السفلي رقم 24 - مراكش
Angle Av. Allal El Fassi et Bd. Yacoub El Mansour, Rés. Espace Assafa, RDC N°24

الهاتف : 0524 31 08 50 - Email: chadiacardio@yahoo.fr - Marrakech