

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

- Reclamation : 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° M21- 0061727

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 846 Société : RT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BELGHITI ALA ODDI H. Hamed
 Date de naissance : 06/10/1943
 Adresse : 5 rue EL KACHEN EN CIL - HAY EL SALAM
 Casablanca
 Tél. : 0666 766113 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/10/22
 Nom et prénom du malade : MR BEL GHITI AMOUCHELY Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : AFFECTION RW musculaire
 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

Dr. LAHLOU AILA
 Rhumatologue - Podologue
 400, Bd Brahim Roudani
 Maarif - Casablanca
 Tél: 0522 25 76 02 / 04

MUPRAS
 29 NOV. 2022
 ACCUEIL

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
31/10/82	CS	C2	CG	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant détaillé des Honoraires

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	
	08.11.22					

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

Dr. Laila LAHLOU

RHUMATOLOGUE

Diplômée de l'Université de Médecine de Paris
Spécialiste des Maladies des OS, des articulations et des Muscles
Spécialiste en Ostéoporose
Des Rhumatismes Inflammatoires et Maladies Systémiques
MEDECIN PODOLOGUE
Diplômée en Podologie (Maladies des pieds)

الدكتورة ليلي الحلو

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
إختصاصية في هشاشة العظام
إختصاصية في الأمراض الباطنية
خريجة كلية الطب بباريس
إختصاصية في أمراض العظام والمفاصل والعمود الفقري
إختصاصية في أمراض الأرجل

Casablanca, le :

30/10/22

MR BEL GHITI /
H/HARRED.

15 séances de manèges et
Rééducation Fonctionnelle du
Rachis Lombaire pour Lombalgie
chronique mécanique avec
choc de soulèvement 15 à
Gauche avec 5° de latéralité
des disques intervertébraux L5-S1
et L4-L5.

إقامة الروداني - 400، شارع إبراهيم الروداني الطابق 3، الشقة 5، المعاريف - الدار البيضاء

05 22 25 76 02 / 05 22 25 76 04 ☎

Résidence Roudani - 400, Bd. Brahim ROUDANI - 3^{ème} étage - Appt.5 - Maarif - Casablanca

☎ 05.22.25.76.02

Casablanca le : 08.11.22

DEMANDE D'ACCORD

Pour une série de : 15 Séances de : 1h15

Rééducation lombaire

Au prix de 3000 m (prix 200 m / séance)

Adressée à M Belghity N. Pharmac

Durant la période du 08.11.22 au 15.12.22

Sur Ordonnance du Docteur Leila Ghallab

Avec mes remerciements,
Leila GHALLAB



N° Dossier: 137289 
N° Dossier externe: ACC-00896-15/11/2022
Type de dossier: REEDUCATION ▼
Bénéficiaire: BELRHITI ALAOUI MHAMMED
Situation: Notifié ▼
Sous-situation: — ▼
Date de début: 15-11-2022 
Date de fin: 15-11-2022 
Date de saisie: 15-11-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [↕]

Date	Type	Commentaire
15-11-2022	Manuel	ACC 12 SEANCES KINÉ POUR LOMBALGIE CHRONIQUE

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : E-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Dr BELGHITI ANOUINITY Hamed

Nécessite 15 séances de massages et Rééducation Fonctionnelle

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

31/10/22

Docteur LAHLOU LAILA
Rhumatologue - Podologue
400, Bd Brahim Roudani
Madinat - Casablanca
Tél. 0522 25 76 02 / 04

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.