

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-815375

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2699 Société : RAT
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BÉNASSA HASSAN
 Date de naissance :
 Adresse : Rabatuelle
 Tél. : 05 51 25 99 37 Total des frais engagés : 429,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. MORABIT Sara Gastro-Entérologue
 Lot. Al Ounam, Imm. 8, Appt. 6
 Route de Kenitra Salé
 Tél. : 05 37 78 07 35
 Date de consultation : 04/05/2023
 Nom et prénom du malade : Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : R Cro 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 : Casablanca Le : 04/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHÉRENT

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

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
04/09/2023		C	300	<i>[Signature]</i>

*MORABIT Sara
Gastro-Entérologie
Lot. Al Oumam Imm. 8, 1^{er} étage
Route de Médina - Sale
Tél.: 05 37 78 07 35*

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	4-9-2023	199,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H				25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																															
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D		G																													
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				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. Sara MORABIT

Cabinet de Gastro-Entérologie & Proctologie



د. سارة مرابط
عيادة أمراض الجهاز الهضمي و الشرج

- Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et du Foie
- Diplômée de la Faculté de Médecine de RABAT
- Diplômée en Proctologie de la Faculté de Médecine de RABAT
- Ex. Médecin à l'Hôpital Militaire de RABAT
- Ex. Médecin Interne au CHU Ibn Sina de RABAT

- اختصاصية أمراض الجهاز الهضمي، الكبد والشرج
- خريجة كلية الطب بالرباط
- دبلوم أمراض و جراحة الشرج بالرباط
- طبيبة سابقة بالمستشفى العسكري بالرباط
- طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

الفحص بالنظار الماخلي للمعدة والأنعاء - الفحص بالصدى - علاج أمراض الشرج (البواسير)
Endoscopie Digestive - Echographie Abdominale - Proctologie

Salé, le 04/09/2023

Mme AZHARI AICHA

57170

BEDELIX 3 G

1 s x 3 /j après repas

REFLUXAID SIROP

1 cas x 3j 15 min après les repas

70,00

(- Traitement d'une



127170

Dr. MORABIT Sara
Gastro-Entérologue
Lot. Al Oumam, Imm. 8, Appt. 6
Route de Kénitra - Salé
Tél.: 05 37 78 07 35

شقة 6، الطابق الثاني، عمارة 8، تجزئة الأمم، طريق القنيطرة، حي شماعو (مباشرة أمام كارفور) - سلا

Appt. 6, 2^{ème} Étage, Imm. 8, Lot. Al Oumam, Route de Kénitra, Hay Chmaou (en face de carrefour) - Salé

Tél.: 05 37 78 07 35 - GSM : 06 61 08 37 56 - E-mail : dr.saramor@gmail.com