

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 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.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- 0053787

Maladie Dentaire Optique Autres

MD
199/159

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Veuve M2 Baghous M2
Nom & Prénom : Mme Bouhatik Saïda veuve Baghous M2
Date de naissance : 16/17/1923
Adresse : 64 lot Aslamane sidi maaoui Rue 18
ceasr
Tél. : 06 41 73 41 74 Total des frais engagés : 400 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :


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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVUE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CIM - 10

| جريدة الوصفات التي تم تهيئتها والتجهيزات الطبية الملونة | | |
|---|--------------------------------|---|
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | النوع المفoter Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et cachet du pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux |
| | | |
| | | INP : [REDACTED] |
| | | INP : [REDACTED] |
| | | INP : [REDACTED] |

CIM - 10 : Classification internationale des maladies - dixième révision

INP

INP:



Accusé de Réception



Date et heure : 25/10/2022 08:51

MME BOUHAIK SAIDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA S
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 77016809 Date et heure : 25/10/2022 08:51

Nom et prénom Assuré : BOUHAIK SAIDA

Immatriculation : 95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUHAIK SAIDA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90146

Valeur en Dirhams : 400,00 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE303

Nom Etablissement :

Casablanca, le 21 OCT 2022

Prière d'hospitaliser

Mr. Mme Enf.

Boutraik Soltie

Le à heures à jeûn

Diagnostic

Hypertension

Prise en charge

*CHIRURGIE
CABOPS TX*

Mutuelle Assurance

Nombre de jours d'hospitalisation Prévus

Préparation à l'entrée

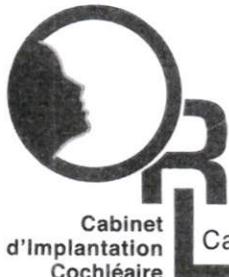
*HASSAN
0661969387*

Pr. A. BINGHALEM
Professeur Agrégé
Chirurgie ORL & Maxillo-faciale
58, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 0522 48 63 65
ICE: 001711024000057 - INP: 091022103
Médecin traitant

43, Boulevard Rachidi-Casablanca
Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 43 - 05 22 29 48 36/37
Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com


www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 43 - 05 22 22 12 96
fax: 05 22 22 03 57



Cabinet
d'Implantation
Cochläaire

Cabinet Spécialisé
en ORL

الدكتور عبد الحميد بنغالم
أستاذ مبرز
أمراض و جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة
عضو الأكاديمية الفرنسية
مقيم سابقاً بالأكاديمية الطبية بباريس
عضو الأكاديمية الأوروبية لجراحة قاعدة الجمجمة
رئيس سابق SMORL, PAFOS, SIFORL
كاتب عام MAFOS
عضو المكتب التنفيذي العالمي

Docteur Abdelhamid BENGHALEM
PROFESSEUR AGREGE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
Ancien Résident du Collège
de Médecine des Hôpitaux de Paris
MEMBRE DE L'EAONO
Past Président SMORL, PAFOS, SIFORL
Secrétaire Général MAFOS
MEMBRE EXECUTIF IFOS INTERNATIONAL

Casablanca, le 21 OCT. 2007 الدار البيضاء، في

CONSULTATION PRE ANESTHESIQUE

Monsieur le Docteur BENNIS,

Merci de bien vouloir examiner, Mr-Mme- l'enfant, *Bouyak* pour une consultation pré anesthésique.
Je dois l'opérer de
Antécédents *Néros*

Avec mes amitiés.

Pr A. BENGHALEM

Professeur Agrégé
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale
59, Bd. Rachidi - Casablanca - Tel: 0522 48 63 65
ICE: 001711024000057 - INP: 091022103

Pr A. BENGHALEM

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique RACHIDI - Tél. : 05 22 22 12 96 / 05 22 29 48 36 - Fax : 05 22 22 03 57

05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - شارع الراشدي - ساحة الأخيرة - الدار البيضاء - الهاتف :

58, Bd. Rachidi - Place de Fraternité - Casablanca - Tél. : 05 22 48 60 00 / 05 22 48 60 01 - Wathsapp : 06 56 53 61 42
E.mail : abdelhamid.benghalem@gmail.com / cabinetmedical58@gmail.com - ICE : 001711024000057