

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W19-445405

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 20834			
Matricule : 14.11			
Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HL ZRAOUI Elham			
Date de naissance : 1-1-48			
Adresse : 5. Rue Allal Abdellah Ville nouvelle Safi			
Tél. : 0661 3283 75 Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr GHITASABRA SIDI Spécialiste en Gynécologie Obstétrique Tél: 05.24.46.11.19			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : HL ZRAOUI Elham			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 12 FEV 2020			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL			
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) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-445405

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

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
08.01.20	Ca	Dr. GHITA SABRA LSSOUTI Spécialiste en Gynécologie Obstétrique	INP : 1111222266 Tél: 05.24.46.11.19	Dr. GHITA SABRA LSSOUTI Spécialiste en Gynécologie Obstétrique Tél: 05.24.46.11.19

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
	08/01/20	198.50	

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT	
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.	

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'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
H		G		
05533412	21433552			
00000000	00000000			
00000000	00000000			
35533411	11433553			
B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
CŒFFICIENT 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				

Docteur

GHITA SABRA ES-SOUITI

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique

Suivi de Grossesses - Echographie 3D/4D - Accouchement

Sexologie - Chirurgie Gynécologique - Coelioscopie - Hystéroscopie

Colposcopie - Infertilité du couple

Fécondation in vitro - Maladies du sein



الدكتورة

غيثة صبرا السويطي

اختصاصية في طب النساء والتوليد

متابعة الحمل - الفحص بالصدى 4D/3D - الطب الجنسي

التوليد - جراحة الجهاز التناسلي - تنظير عنق الرحم

تنظير الرحم - علاج عقم الزوجين - التخصيب الإصطناعي

جراحة بالمنظار الباطني - أمراض الثدي

70,30

Safi le : 08-01-2024

Yours

El Mabtoj Nafis

70 ³⁰

1) Cynepetamol

15

100 gr B

LOT : 19041 PER : 04/2024
PPV : 48,50 DH

48,50

2) Tibenol 500

1cp x 24



29,20
79,20
PPV : 79,20
PER : 07/22
LOT : 11843

3) AZIX 500

1cp x 10

198,10

Dr. Ghita Sabra Es-Souiti
Spécialiste en Gynécologie
Spécialiste en Obstétrique
Tél: 05.24.46.11.19 - Safi

عمارة زكار، رقم 4، الطابق الثاني، ملتقى شارع كندي - و زنقة الكتبية (أمام فندق كينزو) - اسفين

Imm Zakar, appt n 4, 2ème étage, angle Av. kennedy et rue koutoubia - (En face de l'hôtel KENZO) - Safi

Tél. 05 24 46 11 19 - Urgence : 06 10 92 86 73 - Facebook : DR GHITA SABRA Es-souiti