

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.



Declaration de Maladie

N° W19-493916

m^{re} = 26716

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *9512* Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : *ELAMRANI Jantey SALOUA*

Date de naissance : *27/09/70*

Adresse : *RES DRIM, Apt 1 IN A CALIFORNIE*

Tél. : *0661216871* Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *25 FEV. 2020*

Nom et prénom du malade : *ELAMRANI Jantey SALOUA* Age :

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

Nature de la maladie : *Maladie 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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : *11/03/2020* Le : *11/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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.

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
5.FEV.2020	5		3000	
2.5.FEV.2020	X240		4000	

[illegible][illegible][illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <div></div>	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>	
				MONTANTS DES SOINS <div></div>	
				DEBUT D'EXECUTION <div></div>	
				FIN D'EXECUTION <div></div>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <div></div>	
	<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS <div></div>
	<div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>				
					DATE DU DEVIS <div></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Saïd BELGHITI
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR

Stérilité - Echographie - colposcopie
Chirurgie Gynécologique et Endoscopique
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien assistant des Hôpitaux de France
Ancien Chef du Service de Chirurgie
Gynécologique de l'Hôpital Militaire
de Marrakech

29, Rue Ilya Abou Madi - Gauthier
Face Commissariat Central - Casablanca
Tél. C : 0522 206 579 / 0522 227 975
Fax : 0522 20 67 57

E-mail : belghitisaid11@gmail.com
INPE : 091018556 / ICE : 00162089000042

Sur Rendez-vous

الدكتور سعيد بلغيتي

اختصاصي في الولادة وأمراض النساء
العقم - التصوير الصوتي - اليزر
ملحق سابقا بمستشفيات باريس
رئيس قسم الجراحة النسوية بالمستشفى
العسكري بمراكش سابقا

29 إيليا أبو ماضي - كوتبي
مقابل الشرطة الرئيسي - الدار البيضاء
الهاتف ع : 0522 20 65 79 / 0522 22 79 75
الفاكس م : 0522 20 67 57
بالموعد

Casablanca le : 25/02/2020

Mme El Amrani Joutey Saloua

SAFORELLE

1 application 1 fois par jour

3830
POLYGYNAXE

1 OVULE LE SOIR (pendant 6 jours)

MARHAR
POLYGYNAXE 6 capsules vaginales
Km 10, route Côtière 111 - Quartier industriel, Zenata
Ain Sebba Maroc
BPV : 380430

6 118001 182015

Docteur BELGHITI Saïd
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
CHIRURGE GYNÉCOLOGIQUE
29, Rue Ilya Abou Madi - Gauthier
Tél: 0522 206 579 - Fax: 0522 227 975
I.F: 40305040 - CP: 35509499
CNSS: 2289024

En Cas d'Urgence Appeler Clinique l'Hermitage : 0522 86 55 66

DOCTEUR Saïd BELGHIT
GYNECOLOGUE – ACCOUCHEUR
Chirurgie gynécologique
Chirurgie Endoscopique
Stérilité- Echographie – Endoscopie

▪ Ancien chef du service de chirurgie
Gynécologique de l'Hôpital Militaire de Marrakech

▪ 29, Rue Ilysa Abou Mady –Gautier
(Ex. rue Buffon)- Casablanca
Face Commissariat Central
C.022- 20.65.79 / 022-22-79-75
Fax : 0522-20-67-57
Patente : **35509499**

FACTURE 2019104

Le cabinet vous prie de croire à l'assurance des ses meilleurs sentiments et vous présente
le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de : **700 DH**

-	Consultation	: 300 dh
-	Echographie Pelvienne	: 400 dh

Exécutées le : **25/02/2020**

Mme : EL AMRANI JOUTEY SALOUA

SIGNATURE

Docteur BELGHIT Saïd
GYNECOLOGUE – ACCOUCHEUR
CHIRURGIEN GYNÉCOLOGIQUE
29, Rue Ilysa Abou Mady –Gautier
Tél: 0522 206 579 - Fax: 0522 227 975
I.F: 40305040 - R.P: 35509499
CNSS: 2226024

DOCTEUR Said BELGHITI
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR

Stérilité - Echographie
Chirurgie Endoscopique
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef du Service de Chirurgie
Gynécologique de l' Hôpital Militaire
de Marrakech

Sur Rendez-vous

Casablanca le, 25/02/2020

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

Nom : EL AMRANI JOUTEY
Prénom : SALOUA
Dossier N° : 4606

Utérus anti fléchi ante verse de taille et de contour régulier
mesure 8.71 cm en coupe longitudinale et 4.70 cm en coupe
transversal myometre régulier.

homogène sans lésion organique endomètre régulier.

Ovaire droit de taille et d'aspect régulier mesure 2.85 cm

Ovaire gauche de taille et d'aspect régulier mesure 3.27 cm

Sterilet endocavitaire en place

Conclusion, Observations

Pelvis normal et régulier ce jour à l'échographie.

Docteur BELGHITI Said
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
29, Rue Ilyia Abou Madi - Gauthier
Tel: 0522 206 568 / 022 227 975
Fax: 0522 206 568 / 022 227 975
CIN: 40305040 - I.P. 35509499
CNS: 2289024

