

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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



Déclaration de Maladie

N° W19-595265

(Sho29)

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 19224 Société : RATI

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Amine oum Keltoum

Date de naissance : 25/12/78

Adresse : 678, rue des Canabes, CG R
ville verte, Bourassa

Tél. : 062774123 Total des frais engagés : 46185 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/12/2020

Nom et prénom du malade : Amine oum Keltoum

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Obstétrique 2020

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 : 11/12/2020

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
11/12/12	(S)		5	INP : <input type="text"/> Dr. Amine BENTAFAM Chirurgie Médicale et Gynécologie d'infertilité 05 22 36 03 03

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
DIAKAL ADALOU PHARMACEUTIQUE sidence 012 22334844 Touba - Tel: 05 22334844	11/12/2020	61,81

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.																						
	DENTS TRAITÉES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	NATURE DES SOINS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	COEFFICIENT <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 																		
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: none;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: none; border-bottom: none;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">B</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>					H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		B	G
				H	G																	
				25533412	21433552																	
				00000000	00000000																	
D																						
00000000 00000000																						
35533411 11433553																						
B	G																					
COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
MONTANTS DES SOINS																						
DATE DU DEVIS																						
DATE DE L'EXECUTION																						

Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Hôpital COCHIN - Port Royal
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

CASABIANCA, le 11/12/2020

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
DUPHASSTON 10MG CP
PEL B20 MV
PPV : 84,90 DH
6 118000 010517

ORDONNANCE

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
DUPHASSTON 10MG CP
PEL B20 MV
PPV : 84,90 DH
6 118000 010517

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
DUPHASSTON 10MG CP
PEL B20 MV
PPV : 84,90 DH
6 118000 010517

OUMKELTOUM GUESSOUS né(e) le 25.12.1978

- 1) DUPHASSTON 10 mg: 1 cp/ jour à partir de j~~18~~ du cycle pendant 20 jours avec un arrêt de 7 jour.

OSP 6 mois à renouveler 1 fois.

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3

15,3