

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.



Déclaration de Maladie
M22- 0006905

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4146 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : FAIKI LATIPA A 76430
 Date de naissance : 01/06/1959
 Adresse : AEROPORT Benslimane PHOENIX B 15
 Tél. : 0668487546 Total des frais engagés : 374,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

 Date de consultation : 09 SEP 2023
 Nom et prénom du malade : Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Affection pénible
 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 : CA SA Le : 09/09/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
09 SEP. 2023	C1		300 dh	

SOCIÉTÉ D'OPTIQUE L'OPTICISTE
 CHIRURGIEN DENTISTE ACCOUCHEUR
 26 RUE EL GHIAITI SAÏD
 10550 ABOL MADADI - GAUTHIER
 Tél: 0522 3303046 - Fax: 0522 2273735
 N° 10550303046

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/23	74,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

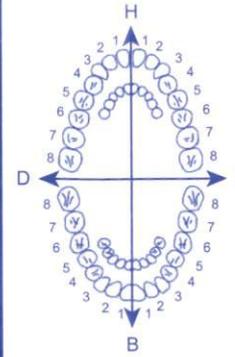
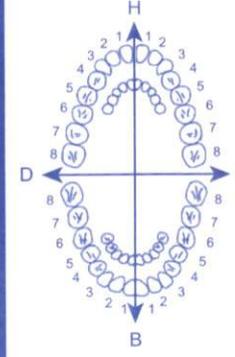
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez 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															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins <input type="text"/>															
			Date du Devis <input type="text"/>															
			Date de l'exécution <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور سعيد البلغيتي

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

Docteur Saïd BELGHITI

GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR

Stérilité - Echographie - coloscopie

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 : belghitisaid2015@gmail.com

INPE : 091018556 / ICE : 001620890000042

Sur Rendez-vous

09/09/2023

Casablanca le :

Mme Faiki El Mouhani Latifa

74,80

SEPCEN 500

1 comprimé, matin et soir, avant les repas

EXTRACTION Hôpital Saïd
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
Ex. Att. des Hôpitaux de Paris
29, Rue Ilya Abou Madi - Gauthier
Tél: 0522 206 579 - Fax: 0522 227 975
I.F: 40305040 - T.P: 35509499
CNSS: 2289024

IBERMA

سيتيسين[®] 500 مع

سيروفلوكساسين

علية من 10 اقراص ملبسة
عن طريق الفم

حتى احترام الموعدومة

SEPCEN[®] 500 mg
Ciprofloxacin
10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

LOT: 05922011
PIR: 11/2025
117: 74.80 DH

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