

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.

Biologie 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.

Prothésaire :

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° P19-0042618

ND: 53587

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9502 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL AMRANI Joutey SALOUA
 Date de naissance : 02/09/70
 Adresse : 600 ANTOUHA RES DRIM CALIFORNIE IMHA
 APT 1 AIN CHOK
 Tél. : 0661216871 Total des frais engagés : 700# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : EL AMRANI Joutey Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Mente
 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 : 28 DEC 2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
23 DEC. 2020			3000	<i>[Signature]</i>
3 DEC. 2020			4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	

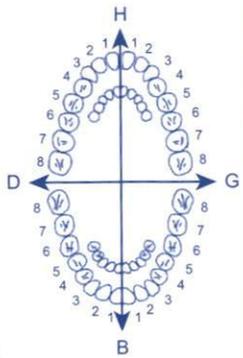
Docteur BELGHITHAÏD
 GYNÉCOLOGUE - ACCOUCHEUR
 CHIRURGIEN GYNÉCOLOGIQUE
 Ex. Att. des Hôpitaux de Paris
 29, Rue Ilysa Apollon - Garches
 Tél: 01 22 20 85 79 - Fax: 01 22 20 85 75
 I.F.: 40 105 40 - T.P.: 35 00 00
 C.S.S.: 2289024

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

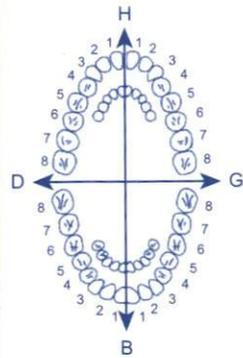
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
D	00000000	00000000	G
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

				COEFFICIENT 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 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 Ilya 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
REF202218

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 : **23/12/2020**

Mme : EL AMRANI JOUTEY SALOUA

SIGNATURE

Docteur BELGHITI Saïd
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
Ex. Att. des Hôpitaux de Paris
29, Rue Ilya Abou Mady - Gautier
Tél: 0522 206 579 - Fax: 0522 227 975
I.F: 40305040 - T.P: 35509499
CNSS: 2289074

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, 23/12/2020

ECHOGRAPHIE PELVIENNE

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

Utérus anti fléchi ante verse de taille et de contour régulier
mesure 9.13 cm en coupe longitudinale e4.74 cm en coupe
transversal myometre régulier.

homogène sans lésion organique endomètre régulier.

Ovaire droit de taille et d'aspect régulier

Ovaire gauche de taille et d'aspect régulier

STERILET ENDOCAVATAIRE EN PLACE

Conclusion, Observations

Pelvis normal et régulier ce jour à l'échographie.

Docteur BELGHITI Said
GYNECOLOGUE - ACCOUCHEUR
CHIRURGIE ENDOSCOPIQUE
29, Rue Ilya Abou Madi - Gauthier
Tél: 0522 227 975 / 0522 227 975
L.F. 1030506 - Fax: 0522 227 975
C.N.S.S. 2289024
I.F. 1030506 - Fax: 0522 227 975
C.N.S.S. 2289024