

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0008354

148697

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12614 Société : 24M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KHAJABI BASSLINE ADNAN

Date de naissance : 08/05/1988

Adresse : JNANE CALIFORNIE EMERALDE M

..... Apt 5

Tél. : 0614563026 Total des frais engagés : Dhs

DR. AJBABDI MOUNA

GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE

INPE 091240325
GSM : +212 66 092669
119, Angle Bd Abderrahim Bouabid et
Rue Bir Hakim Oasis Office Center, Casablanca

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/12/22

Nom et prénom du malade : SOUAHIDI FATIMA EZ-ZAHIDA Age: 29

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleurs abdominales

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

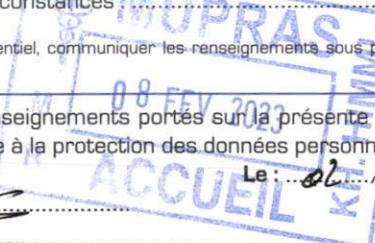
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casablanca Le : 02/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N°: A-A-215 /2019



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
23/11/22	CS + Echo		15000 DT	 INSTITUT HOSPITALIER D'ALGER GSM : 055 22 461 092669 DR Abdellah BOUABID CHAFAK MEDICAL CENTER

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

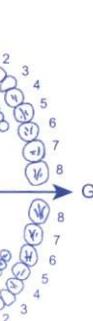
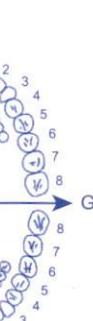
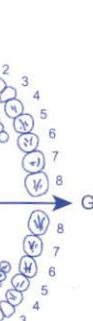
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8	G D B G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8	G D B G		MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8 1 2 3 4 5 6 7 8	G D B G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Women's Center

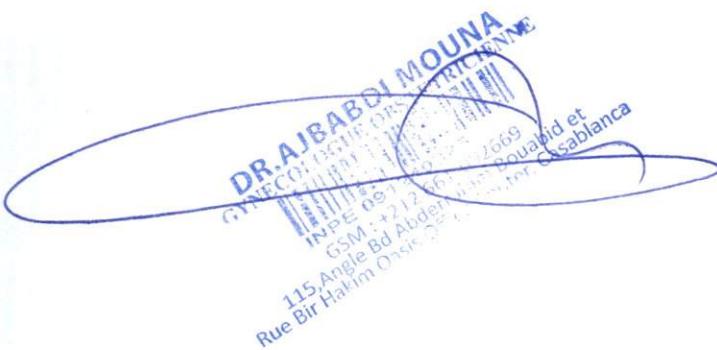
Ordonnance

Casablanca le : 23-12-22

Madame : Hmouchichi Fatima Ezzaheen

Consultation =200dh

Echographie =300dh



docteurajbabdimouna@gmail.com



05 22 99 10 37 / 06 70 04 05 69

📍 115 Angle Boulevard Abderrahim Bouabid et Rue
Bir Hakim, Oasis office center, Premier Étage - Casablanca

DR.AJBABDI MOUNA

N°	29102022-105101		Nom	MOUAHIDI, FATIMA EZZAHRA
Date naiss(Âge)	30-08-1993(29)	Sexe	F	Dte exam.
Indication	GYNÉCO			23-12-2022
Diagnostiqué par		Médecin réf.		Opérateur

Diagnostiqué par:

Opérateur:

26-12-2022

Patient

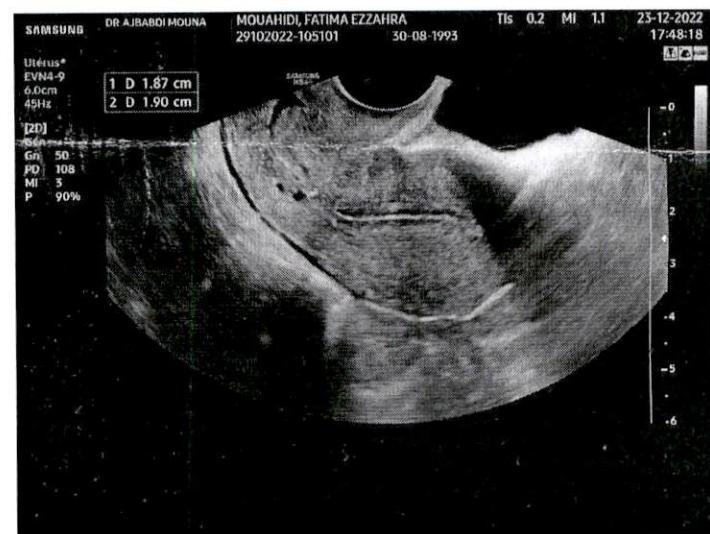
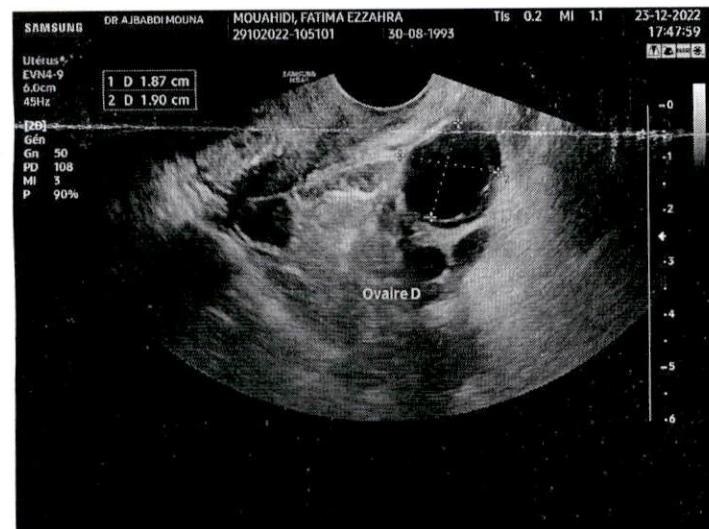
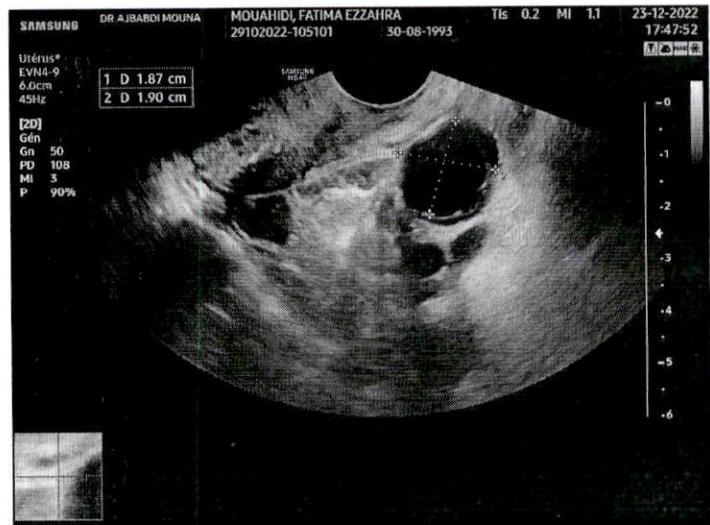
N°
Nom
D. naissance
Sexe

29102022-105101
MOUAHIDI, FATIMA EZZAHRA
30-08-1993
Féminin

Exam

N° d'accès
Dte exam.
Description
Opérateur

23-12-2022



RUE DE LA RÉpublique 115 Angle Bd Addeghem Cité Cercle Casablanca
GYNCOLOGIQUE OBSTÉTRIQUE INPE GSM 021 66 092669
DR. AJBABI MOUNA