

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-794355



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1368	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	172509
Nom & Prénom : TAZGUI LHOU			
Date de naissance : 30.06.1948			
Adresse : LOT TADAMOUN, Rue 9, n°31 oufala Casablanca			
Tél. : 06.32.80.50.14	Total des frais engagés : 300,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : <div style="text-align: center; border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <i>Dr. Fatima Zahra KHARBAÏ</i> <i>Hepato-gastro-enterologue</i> <i>Av. Bd. Abdelmalek Sellal</i> <i>Appt 3 Etg 2 - Casablanca</i> <i>Tel : 05 20 88 88 55</i> </div>		
Date de consultation : 29/07/2023	Nom et prénom du malade : TAZGUI LHOU Age : _____		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Anémie sévère d'origine hémolitique			
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 : **CDCA**

23 AOUT 2023

ACCUEIL

ACCANE

ACCANE

ACCANE

ACCANE

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
29/01/2023	CS		300.000	INP : 11111111111111111111111111111111

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
		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"/>														

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI

Hépato-Gastro-enterologue et Proctologue

Endoscopie digestive - Echographie

Proctologie médico-interventionnelle

د. فاطمة الزهراء خرباشي

متخصصة في أمراض المعاذل الهضمي والبلد - أمراض رحمامة المخرج

مخصصة للقولون والمعود بالمنظار - المفعن بالسرير

- Lauréate de la faculté de médecine Hassan II - Casablanca
- Ancien médecin au CHU Ibn Rochd - Casablanca
- Ancien médecin en Unité de Proctologie de l'Hôpital Saint Joseph - Paris
- Diplômée en proctologie - Rennes
- Diplômée en pathologie fonctionnelle digestive - Lyon
- Diplômée en maladie inflammatoire chronique de l'intestin - Lille

Cs Hematologie

ORDONNANCE

Casablanca le, 29/07/2023

Cher confrère ,

Permettez-moi de vous adresser Mr TAZGUI LHOU âgé de 75 ans , ayant déjà été opéré pour gastrectomie partielle en 1971 et ayant bénéficié d'une chirurgie à cœur ouvert en 2018 , DT2 sous ADO avec notion d' une rétinopathie diabétique

Mr tazgui a une anémie sévère d'origine non encore déterminée pour laquelle il a bénéficié d'une FOGD et COLO sans anomalies

Enteroscanner sans particularités

Il est prévue pour une vidéo capsule endoscopique

Actuellement mr tazgui est sous fer oral , devant la mauvaise tolérance de son anémie (asthénie importante) je lui ai proposé des séances de fer injectable Je vous l'adresse pour éliminer une cause hématologique de son anémie (à noter par ailleurs qu'on au une bycytopénie dans certaines numérations sanguinées)

Bien a vous

Dr. Fatima Zahra KHARBACHI
Hépato-Gastro-enterologue et Proctologue
7, Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Rachati Imm. 3 étg. 2 - Casablanca
Tél : 05 20 88 88 55