

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIKE 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 canaux, 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 canaux.

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

N° W21-727333

Ran

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9261 Société : RAN

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Ould Chahine F-2

Date de naissance : 1969-03-08

Adresse : 32 - Ave NAWI RABAT

Tél. : 0615272304 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BOUAZIZ SMAIL
Omnipraticien
3d. Hassan II, Bouznika
Tél. : 05 37 64 99 00

Date de consultation : 19/10/22

Nom et prénom du malade : OULD CHAHINE A. F. M.

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie : Bronchite

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Ould Chahine



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-727333

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 Étage 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 règlement des Actes
19/02/22	c		20000	<p>INPE 061190385</p> <p>INPE 061190385</p> <p>Dr BOUAZIZ SMANI</p> <p>Omnipraticien</p> <p>2d Hassan H. Bouznika</p> <p>Tel : 05 37 64 99 00</p>

Cachet et signature du Médecin
attestant la validité des Actes

INPE: 0611990385
INPE: 0611990385
BOUAZIZ SMAN
Omnipraticien
Hassan H. Bouznika
Tél.: 05 37 64 99 00

[illegible]

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

[illegible]

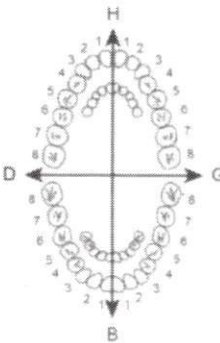
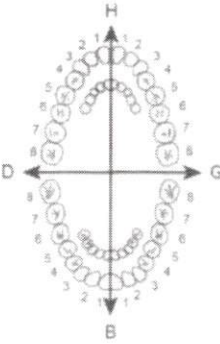
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	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"/>								
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 colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.											
			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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP: | | | | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Ex-Médecin des FAR (Service Militaire)
- Certificat universitaire d'échographie Générale
- Faculté de médecine de Marrakech
- Certificat universitaire de gynécologie médicale
- + Suivi de grossesse
- Faculté de médecine de Casablanca
- Diplôme d'université Option: Fertilité-Stérilité
- Faculté de médecine de Rabat
- Diplôme universitaire en diabétologie et nutrition
- Université de Bordeaux - France
- Diplôme Universitaire en Médecine du Travail et Santé Environnementale
- Université de Bordeaux
- ECG

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

- طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية (الخدمة العسكرية)
- شهادة جامعية في الفحص بالصدى العام
- كلية الطب بمراسم
- شهادة جامعية في أمراض النساء + تتبع الحمل
- كلية الطب بالدار البيضاء
- دبلوم جامعي في تخصص الخصوبة - العقم
- كلية الطب بالرباط
- دبلوم جامعي لعلاج السكري والتغذية
- كلية الطب ببوردو-فرنسا
- دبلوم جامعي في طب الشغل
- كلية الطب ببوردو-فرنسا
- التخطيط القلبي

Bouznika, Le:

بوزنيقة، في :

Nom & Prénom:

Father
Zahin

6. Presidio
 3rd of July
 2. Dolores
 - 1848

Dr. BOUJAZIZ SMAÏL
Omnipraticien
Bd. Hassan II, Bouznika
Tél.: 05 87 64 99 00
سن الثاني وزئقة الأعراب

~~Angle Av. Hassan II et Rue El Arab, Résidence~~

yassmine, 1^{er} étage, N°14, Bouznika

Tél: 0537 64 99 00

زاوية شارع الحسن الثاني وزنقة الأعراب
إقامة ياسمين، الطابق الأول، رقم 14 بوزنيقة