

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.

N° W21-774947

KG 282

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : _____ Société : _____

Actif Pensionné(e) Autre : _____

Nom & Prénom : Hamiddeine Zahra

Date de naissance : 25/05/71

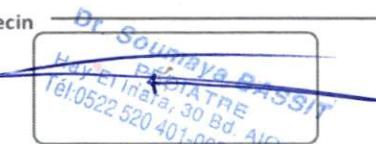
Adresse : Appt 831 Résidence Riad El Oumaria Hay Chicha

Ans Chicha Casablanca

Tél. : 06593916 84 Total des frais engagés : 986,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/12/2022

Nom et prénom du malade : YAHMIDDEINE RABASSA Age : 49

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cézakéfia + ucc

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 : 08/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

HB

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 Pajement des Actes
08-12-22	9		1250DH	INP : 091106030 Dr SOUMAYA BASSIT Hôpital de la Mère et l'Enfant SÉDIATRE 100, 30 Bd Téléphone : 559 401

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie de la Commune de Zagora Ain Chock 05 22 52 71 71 092091225</i>	08.12.06	+ 734.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

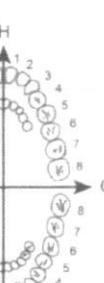
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	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

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Soumaya BASSIT

Spécialiste des maladies de l'enfant, du nouveau-né et en nutrition
Médecin membre de la société marocaine d'endocrinologie (SMEDIAP)
Ancien médecin interne au centre de pneumo-allergologie.
et au centre d'hématologie et d'oncologie pédiatrique de l'hôpital 20 Août



الدكتورة سمية بسيط

إختصاصية في طب الأطفال، حديثي الولادة والتغذية
طبيبة بالجمعية المغربية لأمراض الغدد والسكري للطفل
طبيبة داخلية سابقا بمركز أمراض الحاسبة والتنفسية والجهاز التنفسى
وبيمركز أمراض الدم وأنكولوجيا الأطفال بمستشفى 20 غشت
وبيمركز أمراض الدم وأنكولوجيا الأطفال بمستشفى 20 غشت

ORDONNANCE

08/12/22

nn : Rimasse HAMIDDINE

734

1) Menactra (vacuine)

Madame CHAMI
Pharmacie de la Commune
3, Boulevard Zagora Ain choua
Tél 05 22 52 71 71
INPE 09203/225

2) blatta orientalis 5ch: 5 grs x 2 J (7 J)

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
MENACTRA 0,5 ML SOL

INJ 1FL
PPV : 734,00 DH

6 118001 081981

Dr. Soumaya BASSIT
PEDIATRE
HAY EL INARA, 30 Bd. AL Quds 2ème Etage N° 19
Tél 0522 520 401 - 0682 223 390

مركز إيليت حي الإنارة، 30 شارع القدس، الطابق الثاني رقم 19

Elite centre Hay El Inara, 30 Bd. Al Quds 2ème Etage N° 19

Urgences : 06.82.22.33.90 - Tél. : 05.22.52.04.01

E-mail : drbassitsoumaya@gmail.com