

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7067 Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom : CHAHAB AMINA 146627

Date de naissance : 02/10/1956

Adresse : Hautefeuille

Tél. : 06611481932 Total des frais engagés : 200.0 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | |
| <i>BELA HANNAH</i> <i>Praticien en ostéopathie</i> <i>9, Rue de la République - 33130 Le Haillan</i> <i>Téléphone : 05 56 33 30 30</i> <i>05 56 33 30 30</i> | 28/04/23 | 10 ANNS | | | | 2000,00 |

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 | |
|---------------------------|---|---------------------------|---------------------------|---|
| | | | | 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 00000000 | G 21433552 00000000 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | D 00000000 | B 35533411 | G 00000000 11433553 | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

N° Dossier: 146627

N° Dossier externe: ACC-07067-26/01/2023

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: CHAHAB AMINA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 26-01-2023

Date de fin: 26-01-2023

Date de saisie: 26-01-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

| Date | Type | Commentaire |
|------------|--------|--|
| 26-01-2023 | Manuel | OK 10 séances de rééducation périnéale Incontinence urinaire |
| 27-01-2023 | Manuel | informé par sms |

Suivi des grossesses normales et à haut risque
Accouchement
Echographie Gynécologique et Obstétricale
Chirurgie Gynécologique
Coeliochirurgie - Hystéroskopie - Colposcopie
Maladies et Cancer du sein
Ménopause
Infertilité du couple



رعاية و مراقبة الحمل
التوليد
الفحص بالصدى الصوتي
جراحة أمراض النساء
التشخيص والجراحة بالمنظار
جراحة أمراض و سرطان الثدي
سن اليأس
القمع للزوجين

Ordonnance

Casablanca le : 21.01.2023

الدار البيضاء في :

(Mme/Mlle : CHAMAAS ANINA

Inconfort urinaire d'effort
+ Instabilité du plancher pelvien
10 sions de réduction
pannique

Dr. Lilia HAMOUMI CHAUDET
Gynécologue obstétricienne
60, Rue Nablousse - 3ème étage - Appt 11 - Maarif Ext. Casablanca

KINESITHERAPIE PHYSIOTHERAPIE RACINE

CASABLANCA, Le 25 JAN. 2023

MUPRAS

CASABLANCA

DEVIS N° 23 / 01 /1152

PATIENT : CHAHAB AMINA

MEDECIN TRAITANT : Dr LILIA HAMOUMI CHAVET

ACTES : séances de rééducation

CODE : AMM9

NOMBRE : 10

P.U : 200,00 DH S

TOTAL : 2.000,00 DHS

Arrêté le présent devis à la somme de deux mille dirhams.


BELAHMAM Hammam
Kinesitherapeute Hanane
8, Rue Bab El Mandab, Rés. Hanane, Appt 3 – RDC – Q. RACINE – CASABLANCA
Tél: 0522 36 84 48 Patente n° : 35 60 74 17 I.F : 40 50 95 83
App. 3 Quartier Bab El Mandab Rés. Hanane
Tél: 0522 36 04 13 Patente n° : 35 60 74 17 I.F : 40 50 95 83

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le ... 31 / 07 / 2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : E-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHAHAB AYNA.

Nécessite : Bleu bolaffi / redacte par mail / hots

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

(préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

31/07/2023

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

KINESITHERAPIE PHYSIOTHERAPIE R A C I N E

CASABLANCA, Le 28 AVRIL. 2023

MUPRAS

FACTURE N° 23 / 04 /2214

PATIENT : CHAHAB AMINA

MEDECIN TRAITANT : Dr LILIA HAMOUMI CHAUDET

ACTES : séances de rééducation
(03/04,06/04,10/04,12/04,14/04,17/04,19/04,21/04,26/04,28/04/2023)

CODE : AMM9

NOMBRE : 10

P.U : 200,00 DH S

TOTAL : 2.000,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de deux mille dirhams.

Belaham
Kinésithérapie & Santé
8, Rue Bab El Mandab Rés. Hanane
Appt.3 Quartier Racine - Casablanca
Tél : 0522 36 84 48 / 0522 94 13 55