

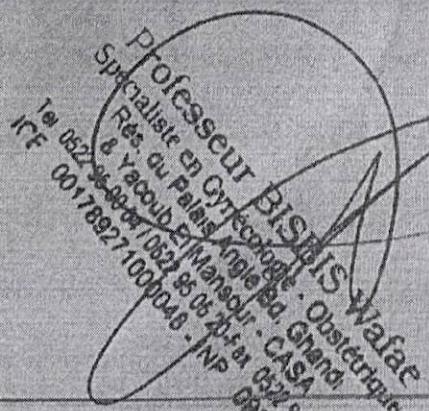
Dr. Wafae BISBIS-ABOUNAIDANE
Professeur en Gynécologie-Obstétrique
Ex-enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

الدكتورة وفاء بسيبيس أبو نيدان
أستاذة في طب النساء والتوليد
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le 15/03/1988

1230

Reéducation périnéale
et abdominale
(10 séances)



نصر، زاوية شارع غاندي و يعقوب المنصور. عمارة D الطابق الأول-الدار البيضاء - المغرب
05 22 95 00 03 05 22 95 00 04 05 22 95 05 20 05 22 95 00 03 الفاكس :
Résidence du Palais, angle Bd Ghândi & Yacoub El Mansour. Im D, Appt n°2, 1^{er} étage - Casablanca
Tél. : 05 22 95 00 04 / 05 22 95 05 20 - Fax : 05 22 95 00 03 - Email : dr.bisbis@menara.m
INPE : 091029108 - Patente : 34836020 - Ice : 001789271000048

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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

Communication : contact@mupras.com

so en charge : pec@mupras.com

Résolution et changement de statut : adhésion@mupras.com

Mupras garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données

personnelles.



Déclaration de Maladie

N° W19-438310

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : <u>12306</u>	Code réservé à l'adhérent (e)	Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL TRABET FOUAD</u>			
Date de naissance : <u>04/12/1983</u>			
Adresse : <u>Residence les Jardins Du Phare AV TANTAN Apple Imm 10</u>			
Tél. : <u>0661 06 88 81</u> Total des frais engagés : <u>2000,00</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>15/08/2019</u>	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Affection gynécologique</u>	
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 : CAVA Le : 09/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-438310

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

Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____