

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

الدكتورة وفاء بسبيس أبونايدان
أستاذة في طب النساء والتوليد
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

Casablanca, le

Leo Bougga Richy

Rééducation périnéale
ou Abdominale
(10 séances)

Professeur BISBIS Wafae
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique
Rés. du Palais, angle Bd Ghândi & Yacoub El Mansour - CASA
Tél : 0522 95 00 04 / 0522 95 05 20 - Fax : 0522 95 00 03
I.F.F. 001789271000048 - INPE 091029108

نصر، زاوية شارع غاندي ويعقوب المنصور. عمارة D الطابق الأول-الدار البيضاء-الهاتف : 05 22 95 00 04 : الفاكس : 05 22 95 00 03
Résidence du Palais, angle Bd Ghândi & Yacoub El Mansour. Im D. Appt n°2, 1^{er} étage - Casablar
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.

Educations :

- 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.

Prothèses :

- 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.

Le 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.

Adresses Mails utiles

Information : contact@mupras.com
 Responsable en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La mutuelle 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
 Mutuelle de Prévoyance
 & d'Actions Sociales
 de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-438310

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 12306

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL TRABET FOUAD

Date de naissance : 04/12/1983

Adresse : Résidence les Jardins Du Phare Av

TANTAN APP20 Imm 10

Tél : 0661 06 88 81

Total des frais engagés : 200,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/08/2019

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection gynécologique

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 : 08/09/2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 :