

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

- Reclamation : 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° W19-515952

ND: 45828

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HACHINI

FATIMA

Date de naissance :

06/06/1953

Adresse :

Immeuble 40 B^e ANOUAL Q. Des Hôpitaux

casablanca

0661171825

Total des frais engagés :

1200 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

10/03/2020

Nom et prénom du malade :

HACHINI FATIMA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Insuffisance cardiaque

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'atté médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA le 22 mai 2020

Le : 22/05/2020

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 |
|-----------------|--|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/3/2020 | Visites de Séances de Séances de des Vaincre H.I. | | 1.200 dhs | INP : 091195198 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

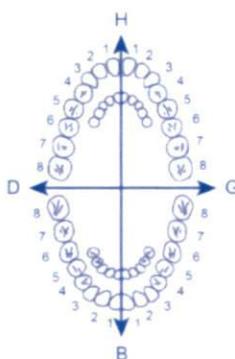
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

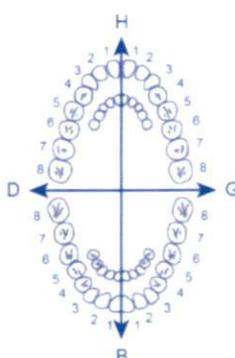
Mat. 2581 - Dos W19-515952

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 02581 e-mail : hachimi.fatima.60@gmail.com Phone : tel 0661171825

Nom et Prénom de l'adhérent : MA CHIHI - Fatima

Nom et Prénom du bénéficiaire : MA CHIHI - Fatima

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR SELMA BENMOUSSA

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. HACHMI FATIMA

Nécessite : ARTERIE ET VEINE 05 22 33 03 03

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

physicien Kansel de Sebén Therapie

Une hospitalisation de (approximatif)

A (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) :

Tubérose veine Superficelle de

DT

Cachet, date et signature du praticien

03/06/2020

*Dr. SELMA BENMOUSSA
AUGIOLGIQUE - PHLEBOLOGUE
22, Bd. Yacoub El Mansour
ESplanade Mansour, 2^e étage, N° 22
Tel. : 0522 23 58 83 - CASABLANCA*

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.

Nat. 0581
complément De FS: W19 - 515952

Dr SELMA BENMOUSSA

Angiologue - Phlébologue

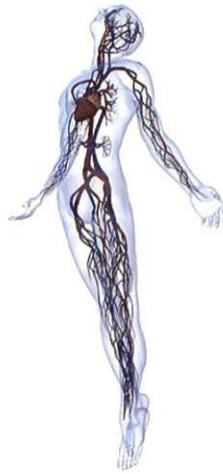
Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques
Explorations Vasculaires par EchoDoppler
Traitement des Varices par Sclérothérapie

Diplômée en Angiologie
de la Faculté de médecine de Caen (France)

الدكتورة سلمى بنموسى

عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة
فحص الأوعية الدموية بالإيكو دبلر والصدى الملون
علاج الدوالى بالتحلبيب والحقن

خريجة كلية الطب بكابن - فرنسا



MME HACHIMI FATIMA

Casablanca, le 03 / 06 / 2020

Calendrier des séances de Sclérothérapie des varices membres inférieurs

- 1^{ère} séance : 04 / 03 / 2020
- 2^{ème} séance : 10 / 03 / 2020
- 3^{ème} séance : 17 / 03 / 2020

DR. S.BENMOUSSA

Dr. SELMA BENMOUSSA
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
22, Bd. Yacoub El Mansour
Espace El Mansour, 2ème étage, N° 22
Tél. : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA

Num 2581

FS n° 19 - 515952

22 Bd Yacoub El Mansour, Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22, Casablanca.

Tél : 05 22 23 58 83 - E-mail: drbenmoussa.angio@gmail.com

Dr SELMA BENMOUSSA

Angiologue - Phlébologue

Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques
Explorations Vasculaires par EchoDoppler
Traitement des Varices par Sclérothérapie

Diplômée en Angiologie
de la Faculté de médecine de Caen (France)

الدكتورة سلمى بنموسى

عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة

فحص الأوعية الدموية بالإيكو دبلر والصدى الملون

علاج الدوالي بالتصليب والحقن

خريجة كلية الطب بكاين - فرنسا



MME HACHIMI FATIMA

Casablanca, le 03 / 06 / 2020

Calendrier des séances de Sclérothérapie des varices membres inférieurs

- 1^{ère} séance : 07 / 01 / 2020
- 2^{ème} séance : 21 / 01 / 2020
- 3^{ème} séance : 04 / 02 / 2020
- 4^{ème} séance : 18 / 02 / 2020

DR. S.BENMOUSSA

Dr. SELMA BENMOUSSA
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE
22, Bd. Yacoub El Mansour
Espace El Mansour, 2ème étage, N° 22
Tél. : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA

N°2581

Pmt.D. FS, W19- 515952

22 Bd Yacoub El Mansour, Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22, Casablanca.

Tél : 05 22 23 58 83 - E-mail: drbenmoussa.angio@gmail.com

Dr SELMA BENMOUSSA

Angiologue - Phlébologue

Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques
Explorations Vasculaires par EchoDoppler
Traitement des Varices par Sclérothérapie

Diplômée en Angiologie
de la Faculté de médecine de Caen (France)

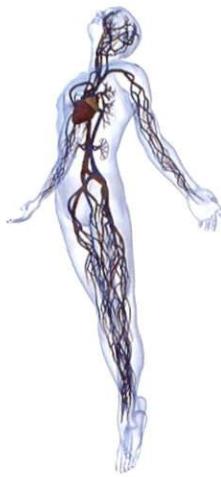
الدكتورة سلمى بنموسى

عيادة تشخيص أمراض الشرايين والأوردة

فحص الأوعية الدموية بالإكودبلر والصدى الملون

علاج الدوالي بالتصليب والحقن

خريجة كلية الطب بكاين - فرنسا



Numéro ICE : 001922463000042

Madame HACHIMI FATIMA

Casa, le 10 / 03 /2020

FACTURE

| Désignation | NOMBRE DES SEANCES | MONTANT |
|--|--------------------|--------------|
| Séances de Sclérothérapie des varices des membres inférieurs | 2 séances | 1200 dirhams |

Arrêtée la présent facture à la somme de :

mille deux cents dirhams (1200,00)

M.2t. 2581

Dossier

N° W19-515952

DR.S.BENMOUSSA

Dr. SELMA BENMOUSSA
ANGIOLOGUE
Espace El Mansour, 22 Bd Yacoub El Mansour, Casablanca, BP 22
Tél : 05 22 23 58 83 - Casablanca

22 Bd Yacoub El Mansour, Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22, Casablanca.

Tél : 05 22 23 58 83 - E-mail: drbenmoussa.angio@gmail.com