

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 070680

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3830 Société : CAA 136476

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LYMANI KHALID

Date de naissance : 19.02.1961

Adresse : 32 Lotissement Elorido CAA

Tél. : 0661112314 Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/08/2022

Nom et prénom du malade : JANAI ZAHRA Age : 52 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Entorse grave de la cheville

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 : 26/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° AA-215/2019

RELEVÉ 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
01/02/22	13		Gratuit	<i>[Signature]</i>

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 Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>[Signature]</i>	26/10/2022	ANN	20	8	laules de	150x20=
<i>[Signature]</i>	05/05/2022					3000,00
<i>[Signature]</i>	24/10/2022					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(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

CENTRE DE KINESITHERAPIE PANORAMIQUE. S.A.R.L A.U

Casablanca, le 26/10/2022

Nom et prénom : M^{me} JANAH Zahra

Calendrier des séances de rééducation :

20 séances à raison de 3 séances par semaine.

Numéro de séance	Dates des séances
1	05/09/2022
2	07/09/2022
3	09/09/2022
4	12/09/2022
5	14/09/2022
6	16/09/2022
7	19/09/2022
8	21/09/2022
9	23/09/2022
10	26/09/2022
11	28/09/2022
12	30/09/2022
13	03/10/2022
14	05/10/2022
15	07/10/2022
16	11/10/2022
17	13/10/2022
18	15/10/2022
19	18/10/2022
20	21/10/2022

Centre de Kinésithérapie Panoramique S.A.R.L A.U
SARA EL YAZIDI
Kinésithérapeute
203, Bd. Panoramique, Rés. Panoramique
3^{ème} étage, N° 36 - CASABLANCA
Tél. : 05 22 87 40 06

203, Bd panoramique, résidence panoramique II, 3^{ème} étage, Appt. N° 36- Casablanca.

Tél. : 05 22 87 40 06

CENTRE DE KINESITHERAPIE PANORAMIQUE. S.A.R.L A.U

Casablanca, le 26/10/2022

Facture N° 071022

Centre de Kinésithérapie Panoramique S.A.R.L A.U
SARA EL YAZIDI
Kinésithérapeute
203, Bd. Panoramique, Rés. Panoramique
3^{ème} étage, N° 36 - CASABLANCA
Tél. : 05 22 87 40 06

Nom et Prénom du malade : M^{me} JANAH Zahra

Nature de la maladie : Entorse grave de la cheville droite

Médecin prescripteur : D^r ARSSI

Nombre de séances : 20 séances à raison de 3 séances par semaine

Date de début des séances : 05/09/2022

Date de la fin des séances : 21/10/2022

Coût de la séance : 150,00 DH

Total : 3000,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois mille dirhams

Centre de Kinésithérapie Panoramique S.A.R.L A.U
SARA EL YAZIDI
Kinésithérapeute
203, Bd. Panoramique, Rés. Panoramique
3^{ème} étage, N° 36 - CASABLANCA
Tél. : 05 22 87 40 06

203, Bd panoramique, résidence panoramique II, 3^{ème} étage, Appt. N°36- Casablanca.

Tél. : 05 22 87 40 06

R.C: 253099 – Patente: 37979570- IF: 40468202 – CNSS: 9105992

ICE: 000198783000063

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

Centre de Kinésithérapie Panoramic SARL AU

SARA EL YAZIDI

Kinésithérapeute

203, Bd. Panoramic, Rés. Panoramic
3^{ème} étage, N° 36 - CASABLANCA

Tél. : 05 22 87 40 06

Casablanca le :

07/12/22

LETTRÉ DE REEDUCATION

CHER CONFRERE ,

NOM ET PRENOM DU PATIENT :

QUI PRESENTE :

TRAITE PAR :

POUR REEDUCATION :

NOMBRE DE SEANCES :

OBSERVATION :

- ☐ MOBILISATION ARTICULAIRE
- ☐ RENFORCEMENT MUSCULAIRE
- ☐ PHYSIOTHERAPIE
- ☐ CRYOTHERAPIE
- ☐ M.P.T
- ☐ RECUPERER AMPLITUDES ARTICULAIRES
- ☐ DRAINAGE
- ☐ GAINAGE
- ☐ AUTRES :

URGENCES 24H/24H

05 22 26 79 42 الفاكس - الدار البيضاء - (قرب حديقة مردوخ) - شارع عمر الادريسي 64

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05 : الهاتف

E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemerssultan.com

www.cliniquemerssultan.com / ICE : 001728360000010

Professeur Mohamed ARSSI
Chirurgie Traumatologie
Orthopédie - Chirurgie du Sport
Clinique Mers - Sultan
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca Tél : 05 22 27 72 72