

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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

3830

Société :

LA

136476

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LYMANI KHATIB

Date de naissance :

19.02.1961

Adresse :

32 Lotissement Floride

CAGA

Tél. :

0661162916

Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

07.08.2022

Nom et prénom du malade :

JANAH ZAFIA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Fatigue grave de la poitrine

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
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/10/2022

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
11/8/02	13		5000	Professeur Chirurgie Orthopédie Clinique Spécialisée Orthopédie Chirurgie Traumatologique G4, Rue de la Suisse - 62171 Isigny-le-Buat

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX (facture)						
Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
S. S. EL YANCI Kinésithérapeute Panoramique n°. stage. N° 16 : Tel : 05 22 37 40 06	26/11/2021 1er état. 07/12/2021 u. fin. 21/12/2021	ANN	20	Seules de l'éducation		150 x 20 = 30000,00 DH

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td><td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td><td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B			
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

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

Casablanca, le 26/10/2022

Nom et prénom : Mme JANAH Zahra

Calendrier des séances de rééducation :

20 séances à raison de 3 séances par semaine.

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

Centre de Kinésithérapie Panoramique SARL AU
SARA EL YAZIDI
Kinésithérapeute
203, Bd. Panoramique, Rés. Panoramique
3ème 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

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

Casablanca, le 26/10/2022

Facture N° 071022

Nom et Prénom du malade : Mme JANAH Zahra.....

Nature de la maladie : Entrée...grav...de...la...cheville...dure...

Médecin prescripteur : Dr. ARSSI.....

Nombre de séances : 2 séances à raison de 3 séances par séance

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...dix-huit.....

Centre de Kinésithérapie Panoramique SARL AU
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



SARA EL YAZIDI
Kinésithérapeute
203, Bd. Panoramique, Rés. Panoramique, N° 36 - CASABLANCA
3^e étage, Tél : 05 22 37 40 06

Casablanca le :

o9R 12d

LETTRE DE REEDUCATION

CHER CONFRÈRE .

NOM ET PRENOM DU PATIENT

NOMI DI PRESENZA

QUI PRESENTE

TRAITE PAR :

TRAJECTOIRE POUR REEDUCATION

NOMBRE DE SEANCES

OBSERVATION :

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

URGENCES 24H/24H

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

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 : 1414

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

www.cliniquemersutan.com / ICE : 001728360000010