

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

158016
Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 05936

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AYOUT HASSAN

14/09/1964

AS8016

Date de naissance :

Adresse : HAY HY ARDELLAH RUE 229 AK YC BEN OTHOK

CASABLANCA

Tél. : 0661403847

Total des frais engagés : 7000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

24 MAI 2023

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

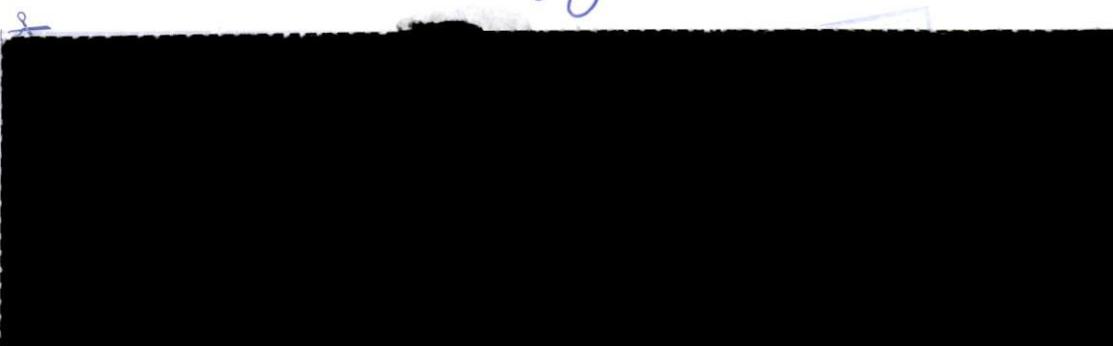
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 21/05/2023

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>(Signature)</i>	10/10/23		128	100		3000,-
	20/10/23					

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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE AMINE
KINESITHERAPIE - PHYSIOTHERAPIE
AMINE KHALID

Maitre en sciences de la Réhabilitation
Physique

Bd. El Qods, Rue 205 N° 70-72 Hay Mly Abdellah
Casablanca - Tél / Fax 0522 504405

FACTURE 12/2023

La somme de +3.000,00 dh + Trois Mille DH

Pour une série de 12 Séances de rééducation fonctionnelle pour
Prothèse genou gauche.

Physiothérapie (antalgique) + Infra rouge + Massage médical.

Renforcement musculaires.

Adressée à Ayoub HASSAN

Durant la période du 10/02/2023 au 20/03/2023

Sur ordonnance du docteur Aziz Al Aoui

Avec mes remerciements

Signé : **AMINE KHALID**

[Signature]
Centre Amine de Kinésithérapie et Physiothérapie
Bd. El Qods Rue 205 N° 70-72
CASA TÉL/FAX: 022 50.44.00

	Date	Heure	Avance
1	10/02/2023	/	
2	13/02/2023	/	
3	16/02/2023	/	
4	20/02/2023	/	
5	20/02/2023	/	
6	24/02/2023	/	
7			
8	27/02/2023	/	
9	02/03/2023	/	
10	02/03/2023	/	

	Date	Heure	Avance
11	06/03/2023	/	
12	10/03/2023	/	
13	13/03/2023	/	
14	16/03/2023	/	
15	16/03/2023	/	
16	20/03/2023	/	
17	20/03/2023	/	
18			
19			
20			

Centre de Kinésithérapie & Physiothérapie

Amine Khalid

Réhabilitologue

Maître en Science de la Réhabilitation Physique

Kinésithérapie - Physiothérapie - Kinérespiratoire

Thérapie Manuelle - Rééducation Fonctionnelle

Rééducation Pédiatrique et Orthopédique

Bd. El Qods, Rue 205 N°70-72 - Casablanca

Gsm : 0665 341 455 - 0663 470 745

Tél. : 0522 50 44 05 - E-mail :Centreamine@hotmail.com



Nom & Prénom : HASSAN

Matricule : 4400 J