

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

M22- 0014943

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 001205 Société : EX. Agent RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 165973
 Nom & Prénom : HADJ NE AMR ESD
 Date de naissance : 19.12.1950
 Adresse : RES. RAOUF AL ARIFFAH 1745 B
Rue 17 AL ARIFFAH - CASA 302
 Tél. : 06 5116 9261 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Nature de la maladie :
 Conjoint Enfant

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 Conjoint Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Conjoint Enfant

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 : CASA Le : 13/06/23

Signature de l'adhérent(e) : 2000



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	TME	
Kiné et Bien-Etre de la Division Lecte C - Oasis - Casablanca T : 05 22 98 32 85	2016-28 am 11-6-23 NPE	Amo est 52 20x 150 05047318	2	Kiné et Bien-Etre la Division Lecte C - Oasis - Casablanca T : 05 22 98 32 85	3000

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<hr/>	<hr/>
00000000	00000000
35533411	11433553
	P

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Centre LAGHZAoui

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSÉMENT RELAXATION

Casablanca, le 12/6/23

FACTURE

Concernant : M Hadine Ahmed

Mme AMINA LAGHZAoui vous présente ses compliments et vous prie de

Trouver ci-dessous sa facture pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

Rubrique	code	Nbr U.	P.U	Total
Séance rééducation	AMM 9+5/2	20	x 150	= 3000 DH

TOTAL DEVIS : = 3000 DH

Arrêté le présent facture à la somme de

Calendrier des séances :

- 10-4-23	- 28-4-23
- 13-4-23	- 2-5-23
- 15-4-23	- 5-5-23
- 19-4-23	- 15-5-23
- 22-4-23	- 18-5-23
- 25-4-23	- 19-5-23

*Centre LAGHZAoui
Kiné et Bien-Etre
Place de la Division Leclerc
Oasis - Casablanca
Tél: 0522983285 - 0606445737 - 269863 - CNSS: 9304388 - Patente: 34891173 - ICE: 000160843000026*



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

M 15-01200

Casablanca, le.....

06/03/2023

Demande de kinésithérapie fonctionnelle

Nom : Mr HADINE Ahmed

Nombre de séances : 20 (deux à trois séances par semaine)

Merci d'assurer des séances de kinésithérapie pour un syndrome parkinsonien atypique (MSA):

Le travail doit comporter :

- Un travail de la posture rachidienne
- Lutte contre la raideur et la douleur musculo-squelettique (mobilisations passives et étirements)
- Travail de la marche : améliorer la longueur et le rythme des pas
- Améliorer l'équilibre et les réactions posturales contre les chutes

Dr Hicham EL OTMANI ENTRE LA GHZAOUI
UROLOGUE - ERGOSMG
Clinique Jerrada - INP : 091032391
Tél : 05 22 23 84 52/53/54
Oasis
Kiné et Bien Etre
12, Place de la Division Leclerc
19. RDC - Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 98 32 85

Mme: 21200
Casablanca, le... 13/03/2023

DEVIS

Concernant : M. HADINE Ahmed

Melle AMINA LAGHZAoui vous présente ses compliments et vous prie de Trouver ci-dessous son devis pour le traitement de rééducation qui vous a

Eté prescrit :

20 séances de rééducation :

Rubrique	code	Nbr U.	P.U	Total
Séance rééducation	AMM 9+5/2	<u>20</u>	<u>1500</u>	<u>= 300000 DH</u>

TOTAL DEVIS : = 300000 DH

Arrêté le présent devis à la somme de :

Trois mille dirhams

ATTE LAGHZAOUI
Kiné et Bien-Etre
de la Division Leclerc
JC - Oasis Casablanca
T. : 05 22 98 32 85