

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.

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

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☒ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00120 Société : EX-Agent RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 165973
Nom & Prénom : HADJINE AHMED
Date de naissance : 19.12.1950
Adresse : RES- MADUJALAZHAR IMC.B
Rue MARDON NEU JAHANE - CASA 302
Tél. : 0652269261 Total des frais engagés : \$3000,00\$ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
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 : CASA Le : 13/06/23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-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

[illegible]

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

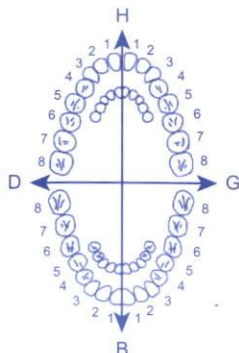
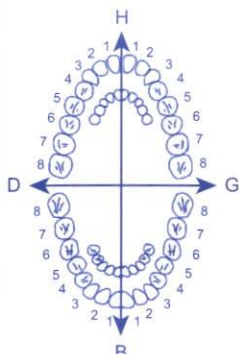
AUXILIAIRES MEDICAUX		Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et Signature du Praticien	Date des Soins	AM	PC	TRE LACHZAOU	
Kiné et Diététicien F. de la Division Léchère C. - Casis - Casablanca T : 05 22 98 32 85	du 10-6-23 au 11-6-23 INPE	AM 12 0504738	PC 20x150	Kiné et Bien-Être F. de la Division Léchère C. - Casis - Casablanca T : 05 22 98 32 85	3285

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

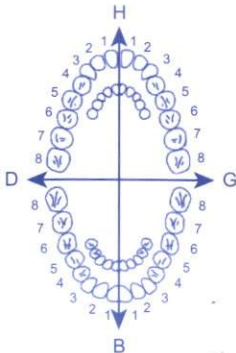
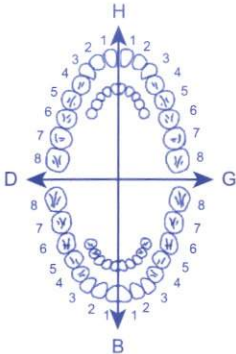
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	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

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	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre LAGHZAOUI

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSEMENT 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	150	= 3000 DH

TOTAL DEVIS : . . = 3000 DH

Arrêté le présent facture à la somme de *Trois mille*

Calendrier des séances :

10-4-23
13-4-23
15-4-23
19-4-23
22-4-23
25-4-23
28-4-23
2-5-23
5-5-23
8-5-23
12-5-23
15-5-23
19-5-23

22-5-23
25-5-23
29-5-23
1-6-23
5-6-23
8-6-23
12-6-23

CENTRE LAGHZAOUI- 72 Place de la Division Leclerc- Oasis-CASABLANCA

Tel :0522983285/ GSM :0606445737 – RC269863 – 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
UROLOGUE - EPIDEMIOLOGUE
Clinique Jerrada Oasis
Tél : 05 22 23 81 81
INP : 091032391
CENTRE LAGHZAOU
Kiné et Bien-Être
12, Place de la Division Leclerc
-lg. RUC - Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 98 32 85

ML: 01200

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>	x <u>15000</u>	= <u>300000</u> DH

TOTAL DEVIS : = 300000 DH

Arrêté le présent devis à la somme de :

Trois mille dix-huit

ENTRE LAGHZAoui
Kiné et Bien-Etre
de la Division Lecl
JC - Oasis - Casablanca
T.I : 05 22 98 32 85