

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

N° W21-791355

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12948

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HOUAIDI

Zineb

Date de naissance :

31/03/184

Adresse :

Résidence Ambars - Appt 033

Quartier Afmaz - 20150 - Casablanca

Tél. :

066119 47 27 Total des frais engagés : 2400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 04/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :



Authorisation CNDP N° : AA-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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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 Participant	Date des Séances	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CEINTURE KINTHE YOUSSEF DOULFAKAR SARLA 250 Angla Bv de Bordeaux Bd Mly Youssef N° 3 Casablanca Gsm 06.61.18.13.3109.120.23	15/07/2023	20	AMMX	12		# 2400,00 F DHS

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	INP : <input type="text"/>												
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	35533411		11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
35533411		11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie

Pédiatrie

Diplômée de l'université
de médecine de CRIMEE



الدكتورة براادة لبني

الطب العام

الشخص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكرمي

Casablanca, le :

Patient (e) :

17/05/2023

14-2, N°3 HAOUA CHMI

Fréq SVP
Résultat de
pour compléter

PERC

Centre KINESITHERAPIE
YOUSSEF DIDI FAKAR SARLAU
250 Avenue Youssef Didi Bora'eaux et
3d My Youssef Didi Casablanca
Gsm 05 22 90 56 25

Dr. Loubna BERRADA
Médecine Générale
Imm. C32 Résidence Al Firdaous
H. 142 Casablanca
Tél. 05 22 90 56 25

App. N° 1, Imm. C32, Rée de chaussée, Résidence Al Firdaous - Hay Hassani - Casablanca - Tél. : 05 22 90 56 25

05 22 90 56 25, عمارة C32، سقلي، إقامة الفردوس الحي الحسني - الدار البيضاء - الهاتف :

Nom et prénom : Mme. Zineb HOUACHMI

Diagnostic : Lombalgie

Médecin traitant : Dr. Loubna BERRDA ZAROUALI

Nombre de séances : 12

Date début du traitement : 19/05/2023

Date de fin de traitement : 03/07/2023

Détail des séances :

Le 19/05/2023	:	1 ^{ère} séance
Le 26/05/2023	:	2 ^{ème} séance
Le 31/05/2023	:	3 ^{ème} séance
Le 05/06/2023	:	4 ^{ème} séance
Le 07/06/2023	:	5 ^{ème} séance
Le 09/06/2023	:	6 ^{ème} séance
Le 16/06/2023	:	7 ^{ème} séance
Le 21/06/2023	:	8 ^{ème} séance
Le 23/06/2023	:	9 ^{ème} séance
Le 26/06/2023	:	10 ^{ème} séance
Le 28/06/2023	:	11 ^{ème} séance
Le 03/07/2023	:	12 ^{ème} séance

Casablanca le 03/07/2023



Mr Youssef DOULFAKAR

Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Moulay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N°3- Casablanca

Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 01548200000071 - RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

FACTURE N°75/2023

- Prénom et nom : Mme. Zineb HOUACHMI

- Diagnostic : Lombalgie

- Médecin traitant : Dr. Loubna BERRADA ZAROUALI

- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM

- Nombre de séances : 12

- Montant total des honoraires : 2400,00 DH

- Arrêter le présent devis à la somme de : Deux mille quatre cents dirhams

Casablanca, le 03/07/2023

Mr Youssef DOULFAKAR
Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Moulay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N°3- Casablanca
Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com
ICE : 01548200000071 - RC : 345535 - TP : 35423089
CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

