

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.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- Réclamation
- Prise en charge
- Adhésion et change

La MUPRAS
à ce



Déclaration de Maladie

N° W21-811773

A 63480

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12638

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENYAMAN; RYAD

Date de naissance :

2/11/1989

Adresse :

RES. VERT MARINÉ CMA, Imm G, Apt 14,

Dakar, Azawz, NOUACEUL, CASABLANCA

Tél. : 06.72.93.62.76

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

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 : 05/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VISA ET CADRE DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KINÉ VITAL PHYSIOTHERAPEUTIQUE Mr. Mohammed NASSER 8, Rue Isbel Aroui, Cite Am Tél : 05 22 944 454	05/07/2023	20	AMM x 12 =	2400	Dhs	

RELEVÉ 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 canalaire, ainsi que

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom et prénom : Mr Belyamani Ryad

Diagnostic : Rééducation genou Drt

Nombre de séances : 12

Date début du traitement : 07/06/2023

- | | |
|--------------------------|-----------------------|
| 1. Le07/06/2023 | :1ème séance |
| 2. Le09/06/2023 | : 2ème séance |
| 3. Le12/06/2023 | : 3ème séance |
| 4. Le14/06/2023 | : 4ème séance |
| 5. Le16/06/2023 | : 5ème séance |
| 6. Le19/06/2023 | : 6ème séance |
| 7. Le21/06/2023 | : 7ème séance |
| 8. Le23/06/2023 | : 8ème séance |
| 9. Le26/06/2023 | : 9ème séance |
| 10. Le28/06/2023 | : 10ème séance |
| 11. Le03/07/2023 | : 11ème séance |
| 12. Le 05/07/2023 | : 12ème séance |

Casablanca : le 05/07/2023

KINÉ VITAL PHYSIOTHERAPIE
Mr. Mohammed NASSIR
48,Rue Jbel Arouj, Cil, Casablanca
Tél : 05 22 944 964



Facture N° :190/23

- Prénom & Nom : Mr Belyamani Ryad
- Diagnostic : Rééducation genou Drt
- Médecin traitant : Dr Seknaji Nawal
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20AMM
- Nombre de séances : 12
- Date début du traitement : 07/06/2023
- Montant total des honoraires : 2400 Dhs
- Arrêter la présente facture à la somme de : Deux Mille Quatre Cent Dirhams

Casablanca le : 05/07/2023

*KINÉ VITAL PHYSIOTHERAPIE
Mr. Mohammed NASSIR
48 Rue Jbel Aroui, CIL Casablanca
Tél : 05 22 94 96 64*