

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-807105

166709

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12987

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HADDI MOUAFID

Date de naissance : 28.09.1983

Adresse :

Tél. : 0662104297

Total des frais engagés : 422,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abderrahim RAFAOUI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
BNPE : 091184341

Date de consultation : 14/05/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : 07/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/05/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

BELEVE 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
14/08 2013	CS	Gratuit		Dr. Abderrahim RAFAOUI Professeur Agrégé Dermatologie - Orthopédie INPE 091184341

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
IN PE: 055054670	du 11/12/13					12.000.0.H.
الدكتور المروضي Dr. M. M. Al Marousi	du 18/12/13	1				
Centre Pasteur de Koweït - TADDE						
Ref ID: 10522420346						

BELEVE 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 $ \begin{array}{r} H \\ 25533412 \quad \quad 21433552 \\ 00000000 \quad \quad 00000000 \\ \hline D \quad \quad G \\ 00000000 \quad \quad 00000000 \\ 35533411 \quad \quad 11433553 \\ \hline B \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



AKDITAL

Clinique Panorama Sidi Maarouf
مصحة بانوراما سيدى معروف

Casablanca, le

14/06/2023

M. HADDI MOURAD

Né le : 28/09/1983



PSM23F13072335

Lettre de rééducation

- Ligamentoplastie DIST fibrocartilagineuse

⇒ Rééducation du genou
(12 semaines)

- Repose et des apports
- Appareil attelle, protégé.



Dr. Abderrahim KAFAOUI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
INRS : 091184341

KAFAOUI

CENTRE RAMZ DE KINÉSITHÉRAPIE
ET PHYSIOTHÉRAPIE

NADIA BELMEJDOUN

Kinésithérapeute / Physiothérapeute



مركز الرمز للترويض الطبيعي
والعلاج الفيزيائي

نادية بالمجدوب

أخصائية في الترويض الطبيعي
والعلاج الفيزيائي

Béni Mellal le : 18/12/23 في : بني ملال ،

Facture N° : N° 000250

M^r HADDI momod

- Diagnostique : scince de Rec du cahier
Pour une ligamento plastie.

- Nombre de séances : 12 séances

- Montant total : 1200 DH

مذكرة الحساب
Centre de Kinésithérapie
N° 40390617
Tél : 05 23 42 02 14
M. 06 70 51 32 50

RC : 468 - N° Patente : 41344199 - N° IF : 40390617

Lotissement Alhamdania Bloc 5 N° 47

Béni Mellal

تجزئة الحمدانية بلوك 5 رقم 47

بني ملال

Tél : 07 71 06 09 20 - 07 07 02 14 24

الهاتف :



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 19/06/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 12985 E-mail : anhvu.dinh@polytechnique.edu.vn Phones : 0662.10.6297

Nom et Prénom de l'adhérent : HADJ MOURAD

Nom et Prénom du bénéficiaire : HADJ MOUSSA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Spécialiste en kinésithérapie N° d'ici Belmeir laur

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M....

Nécessite 12 semaines de l'indexation :

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Digitized by srujanika@gmail.com

Une hospitalisation de (approximatif) ...

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

Nadia Belmejdou
Spécialiste en Kinésithérapie
physiothérapie
05 23 42 02 44 GSM 05 76 27 11

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.