

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

- 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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0045374

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9233 Société : Rom (Retraité)
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SABER Samia
 Date de naissance : 10/09/1962
 Adresse : 19 rue Hassanine Rés. EL KILAWEN APPA
 MARRAKECH
 Tél : 0666 089893 Total des frais engagés : # 1807, 2024 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 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 : 18/07/23
 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
19/04/2017			5	

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
		Dents 16				16 x 110,00
		Radio 12				12 x 150,00
						= 1800,00
						2400,00

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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



وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le : 19/6/2023

Saber Soumia

Fon. et

M. M. M.

C. B. M.

+ on pleurite et

+ on pleurite et

Marouane HOBAI
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk, Hay Sbihi
Tabriquet - Salé
GSM : 06 65 22 87 77

no more

Dr CHAGOUANISS
Orthopédie-Traumatologie
INP: 0911/519
Tél: 06 61 25 25 72

Calendrier

Salé le : 21/07/2023

NOM ET PRENOM : SABER SOUMSA

N° de séance	DATE
1	07/07/2023
2	08/07/2023
3	10/07/2023
4	11/07/2023
5	12/07/2023
6	13/07/2023
7	14/07/2023
8	15/07/2023
9	17/07/2023
10	18/07/2023
11	20/07/2023
12	21/07/2023
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Cachet et signature

Arouane HOUARI
Kinésithérapeute
18 Rue Tabouk, Hay Sbihi
Tabriquet-Salé
GSM: 06 65 22 87 77

FACTURE

Salé le : 07/07/2023
Nom et prénom : SABOR DOUMBA
1 séance de rééducation fonctionnelle à DHS
Nombre de séances prescrites ou suggérées
Arrêté la présente facture à la somme de
.....

--patente : 290 19 349

--I.F : 40484828

--I.C.E : N°000828680000048

Identité bancaire : 181 815 2111107313190006 25

(Banque populaire à salé)

Non affilié à la CNSS

Cachet et signature:

Marouane HOBAIZI
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk, Hay Sbihi
Rez-de-Chaussée Tabriquet-Salé
GSM.: 06 65 22 87 77 / 05 38 85 34 84

18 Rue Tabouk, Hay Sbihi Tabriquet-Salé-Gsm : 06 65 22 87 77

E-Mail : hobaizimarouane@gmail.com

Marouane HOBAIZI

Kinésithérapeute &
Physiothérapeute

مروان هوبيزي

اختصاصي في الترويض الطبي
و العلاج الفيزيائي

DEVIS

Salé le _____ :

NOM ET PRENOM : *Marouane HOBAIZI*

1 séance de rééducation fonctionnelle à *110,00* DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées *16*

arrêté le présent devis à la somme de *2400,00*

Deux mille quatre cents dinars

--Patente :290 19 349
-- I.F :40484828
-- I.C.E :N° 0008286800000048

Cachet et signature :

Marouane HOBAIZI
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk, Hay Sbihi
Tabriquet - Salé
GSM : 06 65 22 87 77