

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M23-0017351

173952

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3511 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : époux
Nom & Prénom : DAKKHA BEN ABDEL SALIM
Date de naissance : 9-12-1949
Adresse : 176 Bd AZUL East DAHOUAYK
Tél : 06390 31137 Total des frais engagés : 3000 DH 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 : / / Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | |

KINÉSIOTHERAPEUTE D'ALGER
Mme Kabbaj Soukailia
 Kinésithérapeute - physiothérapeute
 134, Lotissement Ansari Rd - Darbouazza
 GSM : 0611236783 - RC : 503831

| | | | | | |
|----|--|--|--|--|----------|
| 15 | | | | | 3000 Dhs |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

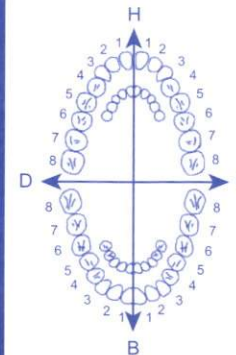
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

| Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |
|----------------|------------------|-------------|
|----------------|------------------|-------------|



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

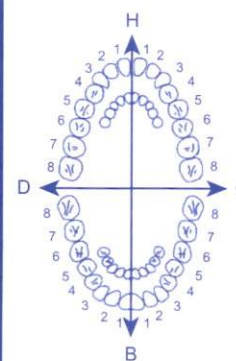
(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Kiné-Quiétude Darbouazza

Mme Kabbaj Soukaina

Kinésithérapeute- physiothérapeute

Diplômé de l'ESK Casablanca

Rééducation Neurologique, Traumatologique,

Gériatrique, Rhumatologique, Pédiatrique

Neuro-pédiatrique, Uro-gynécologique

Casablanca le : 01/09/2023

Planning Des Séances de **Mme TAKAFI FATIHA**

| SEANCES | DATE |
|---------|------------|
| 1 | 31/07/2023 |
| 2 | 02/08/2023 |
| 3 | 04/08/2023 |
| 4 | 07/08/2023 |
| 5 | 09/08/2023 |
| 6 | 07/08/2023 |
| 7 | 15/08/2023 |
| 8 | 17/08/2023 |
| 9 | 19/08/2023 |
| 10 | 22/08/2023 |

| | |
|----|------------|
| 11 | 24/08/2023 |
| 12 | 26/08/2023 |
| 13 | 28/08/2023 |
| 14 | 30/08/2023 |
| 15 | 01/09/2023 |

KINÉ-QUIÉTUDE DARBOUAZZA
Mme Kabbaj Soukaina
Kinésithérapeute - physiothérapeute
134, Lotissement Ansari RDC Darbouazza
GSM : 0611236783 - RC : 503831

134, lotissement Ansari, RDC, Darbouazza TEL : 05 22 96 14 15/ GSM : 0611 23 67 83

E-mail : kinequietudedarb@gmail.com

R.C n° 503831 / Patente n° 32964097/ I.F : 50286080 / ICE : 002793890000027

INPE : 065038929



Kiné-Quiétude Darbouazza

Mme Kabbaj Soukaina

Kinésithérapeute- physiothérapeute

Diplômé de l'ESK Casablanca

Rééducation Neurologique, Traumatologique,

Gériatrique, Rhumatologique, Pédiatrique

Neuro-pédiatrique, Uro-gynécologique

Casablanca le :01/09/2023

FACTURE N°80/23

Facture à l'ordre de **Mme TAKAFI FATIHA** pour **15** séances de rééducation.

Total Facture :**15 AMM* 200dh =3000dhs** (Trois Mille dirhams)

KINÉ-QUIÉTUDE DARBOUAZZA
Mme Kabbaj Soukaina
Kinésithérapeute-physiothérapeute
134, Lotissement Ansari RDC Darbouazza
GSM : 0611236783 - RC : 503831

134, lotissement Ansari, RDC, Darbouazza TEL : 05 22 96 14 15/ GSM : 0611 23 67 83

E-mail : kinequietudedarb@gmail.com

R.C n° 503831 / Patente n° 32964097/ I.F : 50286080 / ICE : 002793890000027

INPE : 065038929