

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 A la fin Apdo 1ah - 6ème Etage Rue Mohamed Fakir et Rue Attal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca - 1000 - Tel : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 21 28 19 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-806273

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : Société : RAI

Actif Pensionné(e) Autre : SAYARH RACHID

Nom & Prénom : Date de naissance : 14/03/1962

Adresse : Lot 20121 Rue Hassan II n° 7 Hay El Hachem

Code postal : 261083125

Tél. : Total des frais engagés : DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/09/2013

Nom et prénom du malade : SAYARH RACHID Age : 51

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Spondylolisthesis

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 02/10/2022

VOLET ADHÉRENT

Autorisation CNIDP N° : A-4-215/2019

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
08/09/23	C2	300 D.H.	INP : 09M386W 	
K15		300 D.H.		

Total : 600 D.H.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	08/09/23	446,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

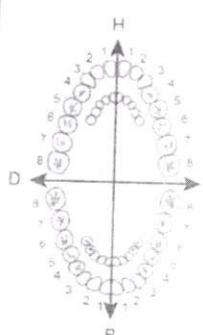
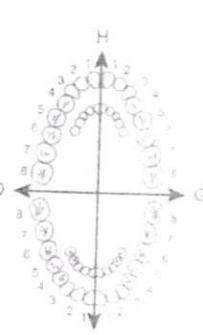
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 																								
																												
																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552																										
D	00000000	00000000																										
B	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
H	25533412	21433552																										
D	00000000	00000000																										
B	00000000	00000000																										
G	35533411	11433553																										
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession</p>				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																												

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

specialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



شارع بوركون - إقامة فنيسا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

20/09/2013

SAYAH . KATHI.

Rever
Santé
→ Santé Santé

→ Kifif Re.

TDR:

Abdelhak MOUDEN
Médecine Physique - Ostéopathie
119, Bd de Bourgogne - Casablanca
Tél. 05 22 29 76 97 - 05 22 27 85 61
Fax : 05 22 20 94 44
INPE : 091113860

الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden

spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



119, شارع بوركون - إقامة فنيسا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP : 091113860

Casablanca, le : 02/09/23

EXP 11/2023
PPV 74.10DH

17^{me} Sayaghi Rachid

14,10

V: 87DH40
R: 06/26
IT: M2013

Cre des 40 mg

1S

87,40 1cp 1j pdt 14j

: 29,50 DH

Dolicox 120 mg

1p

29,50 1cp 1j pdt 14j

28,80

Inacet

1c

7829

28,80 x 2 28,80 x 3 1j pdt 14j

57,60 - Ditanetyl fort
2 - 0 - 2 pdt 30j

1S

PHARMACIE
Lot. S. S. N. A.
Hassan II Rue Hassan II
Casablanca, No. 15
3ème étage

198,00
5- Nociceptor 

1 app x 31 g pdt 15 g

446,60

PHAINA
Sofia NAIMINE, N° 1
Sofia 2, Rue Hassan II
El Hage - Casablanca
Lot. Hay Tél.: 0522-295 15 27

