

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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 31.80

Société : R.A.M

ND 18/10/91

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABIRI Said

Date de naissance : 05.11.52

Adresse : 64 Rue Ezzizafoune

BD, LA GIRONDE Casab

Tél. : 0666 81.81.94

Total des frais engagés : 2400,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/10/2013

Nom et prénom du malade : MORABBI SABIRI Age : 58

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie : HTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

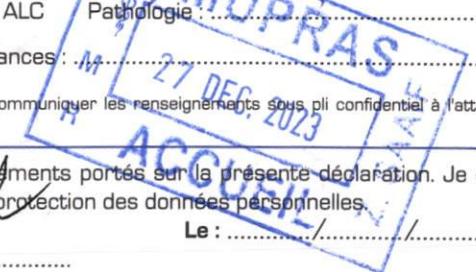
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 27 DEC. 2013

Signature de l'adhérent(e) : Djalil



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
28/10/2023		V.G.H.		Dr. NEUFCHATEL - Mesnil - Casabianca Ref : 05224260 Date : 05224260

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
MARFOUQ ILHAM KINESITHERAPEUTE LA CIRONDE CALANCA Tl : 0522-51-30-16	31/10/2023 02/11/2023	20 séances de rééducat. fonctionnelle				20 x 120DH = 2400DH

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS					
DEBUT D'EXECUTION					
FIN D'EXECUTION					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
		35533411	11433553		
	G				
	B				
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					



Cabinet Azzahraa

Mme MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE

Le :22/12/2023

FACTURE n° 104:2023

MR : SABIRI SAID

NOMBRE DE SEANCES	PRIX
20 séances de rééducation	2400 DH

Arrêtez la présente facture à la sommet de deux mille quatre cent dirhames .

MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GIRONDE CASABLANCA
TEL 0522-54-30-16

Cabinet Azzahraa

Résidence Mariya B- 2ème étage-n°47 angles rue Ifni et Bd la Gironde - Casablanca
Tél : 0522 54 30 16

Patente n° : 32605520 / ICE : 001825661000031 / IF : 15209874 / INPE : 065056616



Cabinet Azzahraa

Mme MARFOUQ ILHAM KINESITHERAPEUTE

Calendrier de patient

Nom et prénom : sabiri said

Nombre de séance : 20 séances de rééducation fonctionnelle

Date début : 04/11/2023

DATE DE FIN : 22/12/2023

04/11/23	07/11/23	09/11/23	14/11/23	17/11/23	20/11/23	22/11/23	24/11/23	27/11/23	29/11/23
01/12/23	04/12/23	07/12/23	08/12/23	11/12/23	13/12/23	15/12/23	18/12/23	20/12/23	22/12/23

Résidence Maria B-2ème étage-n°47 angles rue IFNI et Bd La Gironde – Casablanca
Tél : 0522 54 30 16

Patente n° : 32605520/ICE : 001825661000031/IF : 15209874

MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GIRONDE-CASABLANCA
TEL : 0522-54-30-16

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central

et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

Casablanca, le 28/10/23 الدار البيضاء، في

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
و الجهاز العصبي والعمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس

جراح سابق بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Dr. AZIZ CHAFIQ
neurochirurg
pour renforcer les muscles
du bras à cause de
travail (03) pendant le
travail avec une personne
de plus (20) pendant
NB : je propose de faire
l'opération sous anesthésie générale
Dr. Aziz CHAFIQ
Neurochirurg
Rahal El Meskini 51
Casablanca

51، شارع رحالة المسكني، إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA CASABLANCA

Téléphone : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 99