

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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 :	1695	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	199627
Nom & Prénom :		AHADDOUCH Smail	
Date de naissance :		01/01/1954	
Adresse :		quartier la Commune Hay Hassani B. le 10 N° 465 CASABLANCA H/F	
Tél. :		06 65 02 22 76	Total des frais engagés : 202,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/01/24

Nom et prénom du malade : SEKOUR ICHAOUIA

Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : conflit sans acromial avec rupture des 2 épinces d'

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 : Rabat

Le : 19/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :



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
17/02/24	CS	1	G	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES 17/02/24 CS 1 G

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

Facture

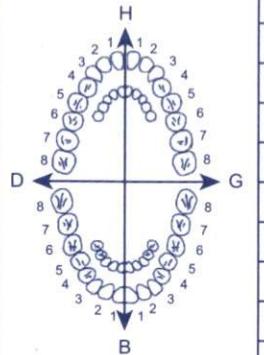
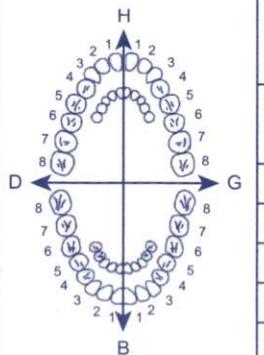
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE AKKAOUI Kinéithérapie et Physiothérapie AKKAOUI Latifa Kinéithérapie et Physiothérapie El Fadil 2 N° 321 Toulal Melha Gata: 06 05 98 92 73	18/02/24	Reduction fonctionnelle de l'épaule Droite		75 x 100,00 ⇒ 700,00		700,00 DH

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
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552	
		00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
	G			
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS				
	DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre AKKAOUI de Kinésithérapie
et Physiothérapie
AKKAOUI Latifa
Kinésithérapeute - physiothérapeute



مركز عكاوي للترويض الطبي والعلاج
الفيزيائي
عكاوي لطيفة
مروضة طبية ومعالجة فيزيائية

FACTURE : N° 11 / 2024

Meknès, le : 18/03/2024

Nom / Prénom : Dr^{me} SEKOUR Khadija

Diagnostic : Rééducation fonctionnelle de l'épaule D.T

Médecin Traitant : Dr Zeroual Ismail

Nombre des séances : 7 séances

Prix de la séance : 100,00 D.H

Total : # 700,00 D.H #

Cachet & Signature

CENTRE AKKAOUI
de Kinésithérapie et Physiothérapie
AKKAOUI Latifa
Kinésithérapeute et Physiothérapeute
Lot El Fath 2 N° 381 Toulal Meknès
Gsm: 06 68 98 92 73

N° 381 Lot. El Fath 2 Toulal - MEKNES / Tél : 06 68 98 92 73
INPE : 035048040 ICE : 003075613000052

IF : 52484851



Calendriers des Séances

Meknès, le : 18/03/2024

Nom / Prénom : 1^{ne} SE KOUR Khadija

Diagnostic : Rééducation fonctionnelle de l'épaule Dt

1^{ère} 05/03/2024

11^{ère}

2^{ème} 07/03/2024

12^{ème}

3^{ème} 09/03/2024

13^{ème}

4^{ème} 11/03/2024

14^{ème}

5^{ème} 13/03/2024

15^{ème}

6^{ème} 15/03/2024

16^{ème}

7^{ème} 18/03/2024

17^{ème}

8^{ème}

18^{ème}

9^{ème}

19^{ème}

10^{ème}

20^{ème}

Total : # 700,00 D.H #

Cachet & Signature

CENTRE AKKAOUI
de Kinésithérapie et Physiothérapie
AKKAOUI Latifa
Kinésithérapeute et Physiothérapeute
Lot El Fath 2 N° 381 Toulal Meknès
Gem: 06 68 98 92 73