

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 072683

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1695 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : AHADDOUCH Email A99627
 Date de naissance : 01/01/1954
 Adresse : quartier la Commune Hay Hassani
 Bloc 10 N° 465 CASABLANCA H/H
 Tél : 06 650 77276 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/01/24
 Nom et prénom du malade : SEKOUR KHAOUJA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : conflit sans accumulation de séquelles de l'épave de
 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 : Meknes Le : 19/03/2024
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
17/02/24	CS	1	G	

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

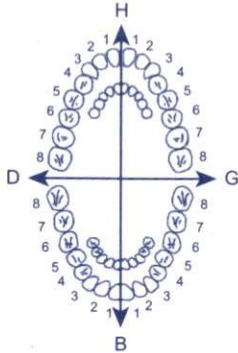
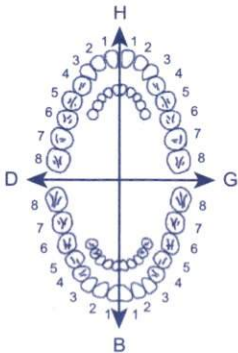
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE AKKAQUI Kinésithérapie et Physiothérapie AKKAQUI Latifa Kinésithérapeute et Physiothérapeute El Fath 2 N° 321 Tour El Moham Gen: 09 85 98 92 73	18/03/24	Reéducation fonctionnelle de l'épaule Droite		75 x 100,00 ⇒ 700,00		700,00 DH

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 <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 COEFFICIENT 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																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

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 : M^{me} SEKOUR Khadija
Diagnostic : Rééducation fonctionnelle de l'épaulé DT
Médecin Traitant : D^r Zeroual Ismail
Nombre des séances : 7 séances
Prix de la séance : 100,00 DH

Total : # 700,00 DH #

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



Calendriers des Séances

Meknès, le : 18/03/2024

Nom / Prénom : M^{me} SEKOUR Khedija

Diagnostic : Rééducation fonctionnelle de l'épaule Dt

1^{ère} 05/03/2024

2^{ème} 07/03/2024

3^{ème} 09/03/2024

4^{ème} 11/03/2024

5^{ème} 13/03/2024

6^{ème} 15/03/2024

7^{ème} 18/03/2024

8^{ème}

9^{ème}

10^{ème}

11^{ème}

12^{ème}

13^{ème}

14^{ème}

15^{ème}

16^{ème}

17^{ème}

18^{ème}

19^{ème}

20^{ème}

Total : #700,00DH #

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