

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0049702 Joir
original Merci de

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 503 Société : R.A.M. 38592

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SEBTI ABDELLAOUI

Date de naissance : 15/08/46

Adresse : Rue SOCRATE RÉSIDENCE ESPACE SOCRATE

PARTE D. ETAGE 1. APP. 1. DAHIR. CASA

Tél. : 06 46 50 98 49 Total des frais engagés : 4.609 H. 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 :

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 :

ACCUEILLI

ACCUEILLI

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

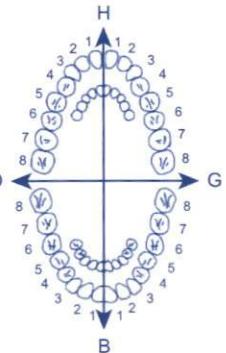
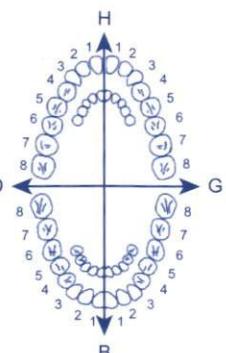
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
M. FERRADA Saloua Anesthésiste Réanimateur N°23 Centre El Moutassim Casablanca Tél : 022 99 11 21 - CASABLANCA	13/08/2020 13/08/2020 13/08/2020	AM 19 X 03 =				450,00 D

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coef.	Coefficient des Travaux												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
(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												

SALOUA BERRADA

KINESITHERAPEUTE

Res.El baida Imm J N° 23

2ème étage rue Abou Hassan Essaghir

Bd Yacoub El mansour Casablanca

Tél : 05 22 99 60 21

Casablanca Le 24/08/2020

FACTURE :

Je soussignée Mme Berrada Saloua, certifiée que Mme BEN TAMY, Kamal a subi 03 séances de rééducation pour syndrome féminor patellaire

Total : $03 \times 150 = 450,00 D Hs$

Soit 03 x AMM9

Facture arrêté à la somme de quatre cent cinquante dirhams....

Planning des séances

13/08/2020

18/08/2020

19/08/2020

BERRADA Saloua
Kinesithérapeute
Res. El baida Imm. J N° 23
Bd. Yacoub El Mansour
Tél : 05 22 99 60 21 CASABLANCA

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires
plômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكريج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري

خريج كلية الطب بمونبولي

التطبيب اليدوي

فحص المفاصل بالصدى

Prescription de kinésithérapie Casablanca, le

Casablanca le :19/07/2020
Mme BENTAMY KAMAR

15 séances de Kinésithérapie pour un syndrome fémoro patellaire :

- Renforcement musculaire isométrique concernant surtout les quadriceps mais aussi les ischio jambiers et les triceps suraux
- Etirements des muscles quadriceps, ischio jambiers et triceps suraux
- Apprentissage d'exercices d'auto rééducation (à faire quotidiennement à domicile)

Fréquence = 3 X /Sem

Dr Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif
Tél. 022.99.34.14 / 15 Casa

Nb de séance	Jour	Date	Heure	Nb de séance	Jour	Date	Heure
	Mercredi	13/08/2022	16 ^h 00				
	Mercredi	18/08/2022	16 ^h 30				
	Mercredi	19/08/2022	16 ^h 30				
	Lundi	24/08/2022	16 ^h 30				

En cas d'empêchement, veuillez prévenir. Merci

**Cabinet de Rééducation
Fonctionnelle et de Réadaptation**

Carte de rendez-vous

Mme BEN TAMY KAMAR

Rés.El Beida imm.J N°23-2^{ème} Etage Rue Abou Hassan Essaghir
Bd.Yacoub El Mansour Maârif - Casablanca

Tél. : 0522 99 60 21