

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



ND: 38731

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024415

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12712 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABASSI bala Date de naissance : 01/09/76

Adresse : NSR

Tél : 0661 079530 Total des frais engagés : 10000,00 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 :

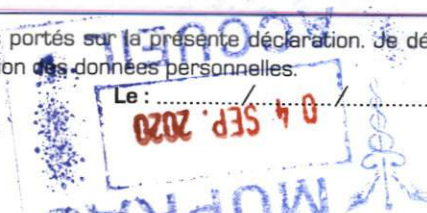
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



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.

Biologie 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.

Educateur :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

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
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	H																
25533412	21433552																
00000000	00000000																
D	G																
00000000	00000000																
35533411	11433553																
B	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

- Physiothérapie
- Rééducation fonctionnelle
- Gymnastique médicale
- Kinéplastie

Diplômée de la Fac. de Médecine de Montpellier

Conseillère en Nutrition et en Aromathérapie

Enseignante à la Faculté des Sciences de
la santé de l'Université Mundiapolis

Casablanca, le 18/08/2020

Cab-dren des séances par :
M. Dibagi Leila

1- 16/07/2020

2- 18/07/20

3- 20/07/20

4- 22/07/20

5- 24/07/20

6- 25/07/20

7- 27/07/20

8- 29/07/20

9- 01/08/20

10- 03/08/20

11- 05/08/20

12- 07/08/20

13- 10/08/20

14- 12/08/20

15- 15/08/20

16- 18/08/20

Wafaa HATTAB
Kinésithérapeute
56, Rés. Al Aoum Appart. 3 Gynmer
Hay El Mattar - Oasis
Tél : 05.22.25.42.08

- Physiothérapie
- Rééducation fonctionnelle
- Gymnastique médicale
- Kinéplastie

Diplômée de la Fac. de Médecine de Montpellier
Conseillère en Nutrition et en Aromathérapie
Enseignante à la Faculté des Sciences de
la santé de l'Université Mundiapolis

Casablanca, le 16/08/20

Note d'honoraires N°...

Pour une série de 16 (Seize) Séances de 1h15

Pour Drainage lymphatique des
membres inférieurs par hydrokinésithérapie

Au prix de 250 DH x 16 = 4000 DH

Adressé à M^{me} Dibaji Zeila

Sur ordonnance du Dr Youssef Essafi

Arrêtée la présente note à la somme de

Quatre mille Dirhams

Avec mes remerciements,

Wafaa HATTAB

Kinésithérapeute
56, Rés. Al Aoum, Appt. 3 Gynmer
Hay El Mattar - Oasis
Tél : 05.22.25.42.08

ICE N° : 00276700000037

- Physiothérapie
- Rééducation fonctionnelle
- Gymnastique médicale
- Kinéplastie

Diplômée de la Fac. de Médecine de Montpellier

Conseillère en Nutrition et en Aromathérapie

Enseignante à la Faculté des Sciences de la santé de l'Université Mundiapolis

Casablanca, le

06/07/2020

Demande D'accord

Pour une série de 16 (seize) Séances de **ATMG**

Pour **Drainage lymphatique des membres inférieurs lympho-éme.**

Adressé à **Mme Dibaji**

Au prix **250 DH x 16 = 4000 DH**

Quatre mille Dirhams

Sur ordonnance du Dr **Youssef Bessafi**

Avec mes remerciements,
Wafaa HATTAB

مصلحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél. : 05 22 86 22 86
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma

1^{re} M. D. B. 2020/06/30
Casablanca, le :

Docteur :

Reéducation

Drainage lymphatique
des membres inférieurs
par lymphœdème

Ator = α 46

Dr. Youssef Essafi
chirurgien Orthopédiste Traumatologue
161165107
Gsm: 06 68 036



30/06/2020

Casablanca, le :

Docteur :

Mme D. Baji Kait

Reéducation dentelle et
pied gauche

Mulima depuis sérieuse opération

Algodystrophie

CAT : Drainage

- force +++

- proprioception ++

- Nbr x 16

Dr: ESSAFI Youssef
Clinique des spécialités Achifaa
Angle Lahcen El Arjouné
et Lavoisier - Casablanca
INP 161169107

2020-07-20 23:24

○ —
✓ —
○ —

مصحة الاختصاصات الشفاء
Clinique des Spécialités Ashraf

E-mail: cliniqueachifa@menara.np

Cavoblanca, le

Docteur :

eur: 1^{re} D. Baji Kaila
Reduction de poids
et pied poudre

Dallas Takus severe
open, algal hypoxia

CAT: Drainage

452 + 7 +

Dr. Youssef Essafi
Orthodonte Traumatologue

$$-N_{DL} = x/16$$

Dr. Youssef Essafi
Chirurgien Orthopédiate Traumatologue
Général
Général 06 58 036

URGENTES 74/24-10-1974



15:26

4G



2020-07-15 14:12



● Exporté vers Email le 15/07/2020 14:14



Nouveau tag

Oasis KINE

Wafaa HATTAB

Kinésithérapeute

- Physiothérapie
- Rééducation fonctionnelle
- Gymnastique médicale
- Kinéplastie

Diplômée de la Fac. de Médecine de Montpellier
Conseillère en Nutrition et en Aromathérapie
Enseignante à la Faculté des Sciences de
la santé de l'Université Mundiapolis

Casablanca, le 06/07/2020

Demande D'accord

Pour une série de 16 (seize) Séances de ATMG

Pour Drainage lymphatique des
membres inf pour lympho-œdème.

Adressé à Mme Djajji

Au prix

260 DH x 16 = 4160 DH

Quatre mille seize Dirhams

Sur ordonnance du Dr

Youssef Bssafi

Wafaa HATTAB
Kinésithérapeute
56, Rés. Al Azem Appart. 3 Gynmer
Hay El Mattar - Oasis
Tél: 05.22.25.42.08

56, Résidence Al Azem, Appt. N°3 RDC, Gynmer, Hay El Mattar, Oasis - Casablanca
Tél.: 05 22 25 42 08 - Urg. 066 4 68 41 42 - E-mail : hattab.wafaa@gmail.com



4/6



15:26

4G



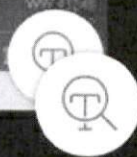
2020-07-15 14:12



● Exporté vers Email le 15/07/2020 14:14



Nouveau tag



3/6



12:50

4G



MUPRAS >

Message

mar. 21 juil. à 14:16

Bonjour ,
faisant suite à votre demande
d accord préalable nous vous
informons que vous avez l
accord de 16 séances de
rééducation

mer. 22 juil. à 12:45

Bonjour , nous vous informons
que votre demande de prise
en charge a été traitée et
envoyée au prestataire /
MUPRAS .



Message

