

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïtal Ben Abdelah - Borne Stage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal Ben Abdelah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-559253

35605
Optique

Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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) :

ACCUEIL

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
05/08/2020		8	3000	INP : 09-09-01-00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/08/20	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/08/20	2x	3000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05/08/2020		15	Be-aux-x		3000
			15	x 200h		

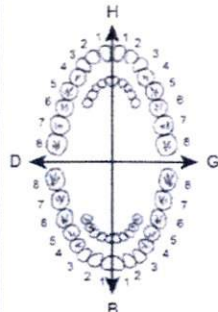
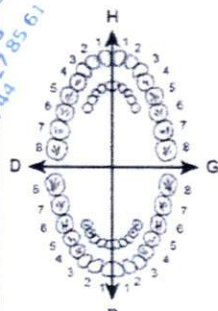
VOLET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D	G		00000000	00000000		25533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX []
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D	G																							
	00000000	00000000																							
	25533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remonte, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			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



الدكتور عبد الحق مودن
Docteur Abdelhak Mouden
spécialiste en :



Médecine Physique - Ostéopathie.
Podologie - Mésothérapie.
Traumatologie du Sport
Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier
Membre de la Société Française d'Ostéopathie

119, شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء
119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca
Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44
E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com
INP 091113860

24/09/2020

EL KHIATI AMINA

10/08/2020 → 1
13/08/2020 → 2
17/08/2020 → 3
19/08/2020 → 4
21/08/2020 → 5
24/08/2020 → 6
26/08/2020 → 7
28/08/2020 → 8
01/09/2020 → 9

04/09/2020 → 10
07/09/2020 → 11
09/09/2020 → 12
14/09/2020 → 13
17/09/2020 → 14
24/09/2020 → 15

Docteur Abdelhak MOUDEN
Médecine Physique - Podologie
119, Bd de Bourgogne Résidence
Phénicia, RDC - Casablanca
Tél : 0522 29 76 97 / 0522 27 85 61
Fax : 0522 20 94 44



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 05/08/2020

EL KHJATI AMINA

Fracture de la malléole
latérale et la chûte à terre

Rx. 15/8/20
résultat au
progrès

Dr. Mounisf BIROUK
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

05/08/2020

Mme EL KHIATI AMINA

Incidence :

- Cheville droite de face+profil

Compte rendu Radiologique :

• Fracture en voie
de consolidation.

Dr. Mounir BIROUK
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

05/08/2020
- Dr .Mohamed ELMSEFFER

Facture N° 3318/20

Casablanca, le :

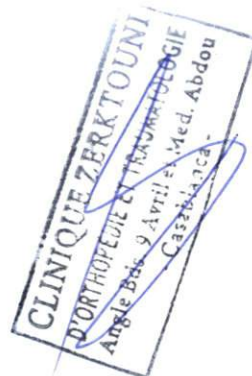
Mme EL KHIATI AMINA

Consultation	300 DH
Radiographie	300DH

TOTAL 600DH

Arrêtée la présente facture à la somme de

// Six Cents Dirhams//



CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE CASABLANCA

Docteur Abdelhak MOUDEN
Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation Fonctionnelle
Lauréat d'e la Faculté de Médecine de Montpellier
Diplôme d'Université en
Médecine de Sport — Podologie — Mésothérapie — ostéopathie
Membre de la société française d'ostéopathie
Biomécanique Ancien Assistant des Hôpitaux de France (Lyon)
Ancien Spécialiste à l'hôpital Militaire Avicenne de Marrakech

Casablanca le24/09/2020.

Objet : FACTURE

Nom & Prénom

EL KHIATI AMINA

Diagnostic

Acc du cotillon benon

Nombre des Séances

15 Séances de rééducation fonctionnelle

Prix de Séance

200 DH

Total

3000 DH

Net à Payer

3000 DH

Arrêté la présente facture à la somme de :

Trois mille dh

BMCI (bourgogne Casablanca)

N° de compte 013780011610001280013548

N° de patente 40507422

ICE 001954000053

INP 091113860

Dr A. MOUDEN