

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

Conditions générales

- 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 lecture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (selon le 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.

Reéducation :

- 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

- Reclamation : 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 Aïlâl Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed El-Khalil et Rue Aïlâl Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-563210

ND: 42638

CA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Matricule

12327

Société

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné

☐ Autre

Nom & Prénom

MDAGHRI FILALI NOUNIR

Date de naissance

02/05/1985

Adresse

Rue ALFI ROADUS 64 15 A44 APPT 92

Tel :

0661087777

Total des frais engagés

2400

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

☐ Lui-même

☐ Conjoint

Nature de la maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas d'une maladie ayant 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 charte relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA BLANCA

Le : 02/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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
				INF: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet de 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	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE DE KINESITHERAPIE MAD ALI MADI L'Al-Mansouria, Bâtiment Ibnou Saad, N°32 Al-Qadisia - Tél: 032751975	28/07/2020	AMM7+	6/2			1400,00 DA

VOLET ADHERENT

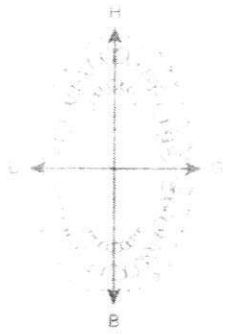
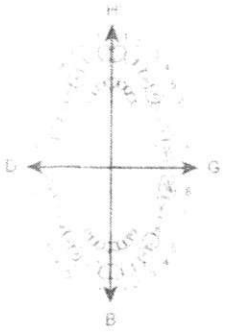
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Le patient doit être informé par son dentiste de la possibilité de bénéficier d'un service de soins dentaires à domicile, tel que le D.O.F.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX: []		
					MONTANT DES SOINS: []	
					DEBUT DE L'EXECUTION: []	
					FIN DE L'EXECUTION: []	
	O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX: []	
						MONTANT DES SOINS: []
						DATE DE DEVIS: []
						DATE DE L'EXECUTION: []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة
ORDONNANCE



le 12/08/2011

monieur MACHIR

10 ans de kiné

Pied G

DG = fracture guérie

app. OK

CENTRE DE KINESITHERAPIE
MADI ALMAADI
Lot Al Hamidia, Bd Imam Hassan Saad, N°32
Al Qods - Casablanca - Tél: 0522751975

AZAGUI Yass
Spécialiste en Chirurgie
Rhumatologique et Orthopédique



CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE MADI

FACTURE N° 034/20

Fait à Casablanca le : 17/09/2020

A l'intention de :

Mr.Mounir MDAGHRI FILALI

FACTURE POUR MUTUELLE

Je soussigné, Kinésithérapeute**MADI ALI**.....
Certifie que **Mr.Mounir MDAGHRI FILALI** à bénéficié de séances de kinésithérapie
Nombre de séances requis : 10.....
Fréquence des séances : 02 séances/semaine
Soit : **140DH X 10 SEANCES = 1400 ,00 DHS**

Mille Quatre Cent Dirhams

**CENTRE DE KINESITHERAPIE
MADI ALI MADI**
Lot Al Hamidia, Bd Imam Ibnou Saad, N°32
Al Qods - Casablanca - Tél: 0522751775



CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE MADI

Tél : 05 22 75 19 75

Nom :

ADAGHRE FILALI

Prénom :

Younis

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE
MADI ALI MADI

Lot Al Hamidia, Bd Imam Ibnou Saad, N°32
Ain Dada, Casablanca - Tél: 05 22 75 19 75

	DATE	HEURE		DATE	HEURE
1	17/08/20	18h00	6	03/09/20	18h00
2	20/08/20	18h00	7	07/09/20	18h00
3	24/08/20	18h00	8	10/09/20	18h00
4	27/08/20	18h00	9	14/09/20	18h00
5	31/08/20	18h00	10	17/09/20	18h00

	DATE	HEURE		DATE	HEURE
11	CENTRE DE MINESTHERAPIE MADJALLADI Lot Al Hamidia, Rd Imam Ibnou Saad, N°32 Al Qods - Casablanca - Tel: 0522751975		21		
12			22		
13			23		
14			24		
15			25		
16			26		
17			27		
18			28		
19			29		
20			30		