

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OPTIVER 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.

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.

Éducation :

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.

Déclaration de 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

N°: 49952

Déclaration de Maladie : N° P19-0002129

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 975 Société : R.A.M Retraitée

Actif Pensionné(e) Autre : Date de naissance :

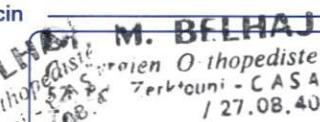
Nom & Prénom : HAFSAY Fatima Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 059 1484946 Total des frais engagés : 1.900.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : AFM 25.08.2013

Nom et prénom du malade : HAFSAY Fatima 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.

..... avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/08/2023	Chiropracteur - CASA 127.00	CS 600		M. BELHAJ Chiropracteur CASA 127.00

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

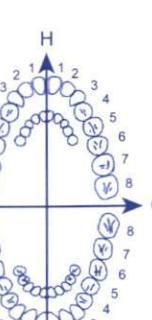
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Himed AAFII KINESITHERAPEUTE 659, Avenue Gaspardina - CASA GSM : 06 62 55 20 90	21/11/20	5x190 dhs Seances Streng				- 6000 dhs = 3000 dhs

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 de l

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EXECU

CABINET DE KINESITHERAPIE & PHYSIOTHERAPIE

HIND RAFII

Kinésithérapeute

Posturologue

casablanca, le 17.11.2020

FACTURE

NOM & Prénom : HAFFARY Fatima

Diagnostic : CAPSULITE RETRACTILE

Nombre séances : 5 séances + STRAPING

Prix de la séances : 100 dh

Total : 600 dh + 300 dh (STRAPING)

Net à Payer : 900 dh

Arrêtée la présente facture à la somme :

..... Neuf cent dhs

Hind RAFII
KINESITHERAPEUTE
659, Avenue Goulimima - CASA
GSM 06 62 55 20 90

659.Avenue Goulimima bourgogne Tel :0522208286-Patente no 354 05536

IF 40107281 ICE00041676 7000 067

HAFFRAY Fatima

N° 075

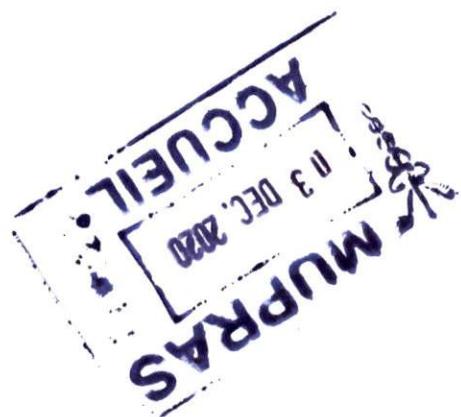
Le 03/12/2020

M^r le Directeur de MUPRAS

Hôpital,

J'étais pas au courant que la
Reine demande un accord préalable
C'est pour ça que j'ai fait mes
seances sans votre accord

Remerciements



M. BELHAJ
C. mien Orthopédiste
52 Rue Tarkouni - CASA
Tél. / 27.08.40

17 Novembre 2020

Demande pour le patient Mme HAFFARY Fatima 2

Faire pratiquer par A.M.K.

5 séances de massages avec rééducation de l'épaule gche :

avec physiothérapie, mobilisations passives et techniques de posture en respectant la règle de la non-douleur.

CAPSULITE RETRACTILE EPAULE GCHE.

M. BELHAJ
C. mien Orthopédiste
52 Rue Tarkouni - CASA
Tél. / 27.08.40