

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

- 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

N° W19-578623

50743

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7838 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : KHALID

Nom & Prénom : AMAROUCHE

Date de naissance : 27/05/1967

Adresse : 2ème CASABLANCA - ETG 1-APT2 - QU DES HOPITAUX

Tél. : 0661691366 Total des frais engagés : 1950,00 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 : CASABLANCA

Le : 05 / 11 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>FACTURE</i>	<i>09/11/2020</i>					<i>AMM (15 x 130,00) = 1950,00 DH</i>

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(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

Docteur Abdeslam KHAIROUNI
Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant

Professeur de Chirurgie Infantile
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Service de l'Hôpital Delafontaine
Membre de la Société Française
d'Orthopédie Pédiatrique

الدكتور عبد السلام خيروني
أستاذ في جراحة الأطفال

خريج جامعة باريس
رئيس قسم جراحة الأطفال سابقا
عضو الشركة الفرنسية
لجراحة عظام الأطفال

Casablanca le

12 DEC 2019

Aziza Boutayeb
kinésithérapeute-Physiothérapeute
Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center
Tél: 0522 986 699-GSM: 0661 146 465
ICE: 001583505000055

AMAROUCH

Ali

1/ Recherche de malade

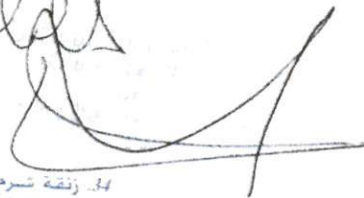
à fin

Etudier l'histoire de la maladie

et étudier l'évolution de la maladie

2 x / semaine

Gérer les malades



Casablanca Le 09/11/2020

Tableau récapitulatif des séances

AMAROUCHE ALI

Numéro de séance	La date	Signature
1	24/09/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-216 Anoual Capital Center Tel:0522 986 699-GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
2	26/09/2020	
3	29/09/2020	
4	02/10/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-216 Anoual Capital Center Tel:0522 986 699-GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
5	06/10/2020	
6	09/10/2020	
7	13/10/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-216 Anoual Capital Center Tel:0522 986 699-GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
8	16/10/2020	
9	20/10/2020	
10	23/10/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-216 Anoual Capital Center Tel:0522 986 699-GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
11	26/10/2020	
12	28/10/2020	
13	02/11/2020	 kinésithérapeute-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen-216 Anoual Capital Center Tel:0522 986 699-GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
14	05/11/2020	
15	09 /11/2020	

Aziza Boutayeb

kinésithérapeute - Physiothérapeute
Diplômée d'Etat
Ancienne Kinésithérapeute en Chef
du service Kinésithérapie
au CHU Ibn Rochd

بوطيب عزيزة

دبلوم الدولة في الترويض الطبي
و المعالجة الكهربائية
رئيسة سابقا لقسم الترويض
الطبي بمستشفى
ابن رشد

Casablanca, le : 09 / 11 / 2020

Facture

N° 130

La somme de : Mille neuf cent cinquante dirhams

Pour une série de : 15 séances de : Rééducation
fonctionnelle étirement avec renforcement
musculaire.

Adressée à : AMAROUCHE ALI

Durant la période du : 24/09/20 au : 09/11/20

Sur ordonnance du Docteur : KHAIROUNI Abdelham

Aziza Boutayeb
kinésithérapeute-Physiothérapeute
Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center
Tél: 0522 986 699 - GSM: 0661 146 465
ICE: 001583505000055