

## 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 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

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement de caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-514437

19508

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7641 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAH ZAHRAN

Date de naissance : 17/12/61

Adresse : EL ACH HAB FATHIA 2, N° 1, 2d FOULARAT HAY LAMIAA, CASABLANCA

Tél. : 05 22 62 888 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL ACH HAB FATHIA Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 10 FÉV. 2020

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 : / /

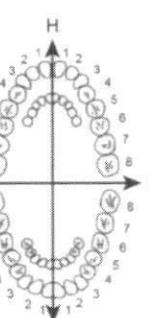
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Cabinet de Kinésithérapie de Réadaptation Fonctionnelle Essaouira Fouaray Lot. Essaouira M - Casablanca</i>	03.10.2020	X				<i>20x100Dhs = 2000Dhs</i>

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
CCEFFICIENT DES TRAVAUX				<input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS				<input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION				<input type="text"/>												
FIN D'EXECUTION				<input type="text"/>												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B	11433553	<input type="text"/>
	H	21433552														
	00000000	00000000														
	D															
	00000000															
	35533411															
	B	11433553														
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS												
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/>												
			DATE DU DEVIS													
			<input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION													
			<input type="text"/>													



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

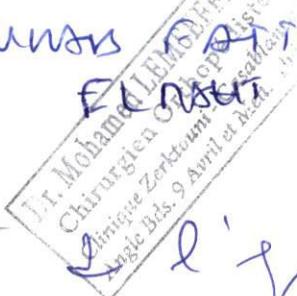
Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

15984

Casablanca le : 25.11.19



- ورم في الكتف  
Dr. - M. - 05 -  
عنصر في الأدمة ↓  
لله  
- 371





**Cabinet de kinésithérapie  
et de réadaptation fonctionnelle ESSAOUAB**

**Mme SARA SAFOUH  
kinésithérapie physiothérapie  
Patente N° : 31900090**

ICE : 002039651000009

**FACTURE N° : 002/2020**

**Casablanca le :**

03/02/2020

**NOM /PRENOM : EL ACHHAB FATIMA**

ASSURANCE /MUTUELLE	NOMBRE DE SEANCES	TOTAL
MUPRAS	20	2000,00

Arrête La présente facture a la somme de :

Deux mille dirhams.



**Cabinet de kinésithérapie et de réadaptation fonctionnelle ESSAOUAB**

**Bd. Fouarat Lot. Essaouab N°11 Hay mohammadi - Casablanca**

**E-mail : kineessaouab@gmail.com / Tél : 06 69 91 25 12**



**Cabinet de kinésithérapie  
et de réadaptation fonctionnelle ESSAOUAB**

**Mme SARA SAFOUH  
kinésithérapie physiothérapie  
Patente N° : 31900090**

**ICE : 002039651000009**

**DEVIS N° : 073/2019**

**Casablanca le :**

**11/12/2019**

**NOM /PRENOM : ELACHHAB FATIMA**

ASSURANCE /MUTUELLE	NOMBRE DE SEANCES	TOTAL
MUPRAS	20	2000,00

**Arrête Le présent devis a la somme de :**

Deux mille dirhams.

*Cabinet de Kinésithérapie  
et de Réadaptation Fonctionnelle  
Essaouab  
Bd. Fouarat Lot. Essaouab  
N°11 H.M - Casablanca*

**Cabinet de kinésithérapie et de réadaptation fonctionnelle ESSAOUAB**  
**Bd. Fouarat Lot. Essaouab N°11 Hay mohammadi - Casablanca**  
**E-mail : kineessaouab@gmail.com / Tél : 06 69 91 25 12**

**NOM DE PATIENT**

EL ACH HAB FATIMA

**NOM DE PATIENT**

EL ACHHAB FAIIIMA

En cas de non disponibilité téléphone 24 h avant



Cabinet de kinésithérapie  
et de réadaptation fonctionnelle ESSAOUAB

ورقة المواعيد

CARTE DE DE RENDEZ-VOUS

Rd. Fouarat Lot. Essaouab N°11 Hay mohammadi - Casablanca



Cabinet de kinésithérapie  
et de réadaptation fonctionnelle ESSAOUAB

ورقة المواعيد

CARTE DE DE RENDEZ-VOUS

Bd. Fouarat Lot. Essaouab N°11 Hay mohammadi - Casablanca  
Tél : 06 69 91 25 12 / E-mail : kineessaouab@gmail.com

**Sara SAFOUH**  
kinésithérapeute



PROCHAIN RENDET-VOUSالموعد المقبل

Jour	Date	Heure
Vendredi	10/01/2020	15h00 <del>R</del>
Samedi	11/01/2020	15h00 <del>R</del>
Lundi	13/01/2020	15h00 <del>R</del>
Mardi	14/01/2020	15h00 <del>R</del>
Mercredi	15/01/2020	15h00 <del>R</del>
Jeudi	16/01/2020	15h00 <del>R</del>
Vendredi	17/01/2020	15h00 <del>R</del>

PROCHAIN RENDET-VOUSالموعد المقبل

Jour	Date	Heure
Samedi	18/01/2020	15h00
Lundi	20/01/2020	15h00
Mardi	21/01/2020	15h00
Mercredi	22/01/2020	15h00
Jeudi	23/01/2020	15h00
Vendredi	24/01/2020	15h00
Samedi	25/01/2020	15h00

Jour	Date	Heure
Lundi	27/01/2020	15h00 <del>R</del>
Mardi	28/01/2020	15h00 <del>R</del>
Mercredi	29/01/2020	15h00 <del>R</del>
Jeudi	30/01/2020	15h00 <del>R</del>
Vendredi	31/01/2020	15h00 <del>R</del>
Samedi	01/02/2020	15h00 <del>R</del>

Jour	Date	Heure

~~Cabinet de Kinésithérapie et de Réadaptation Fonctionnelle  
Essaouab  
3d. Fouarat Lot. Essaoua  
N°11 H.M - Casablan~~