

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 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

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1644 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAH ZACHAR
 Date de naissance : 15/12/61
 Adresse : BOC 2, N° 1 Rd FOUQAT HAY
LANIAA CASABLANCA
 Tél. : 052262988 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : EL ACHMAR 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.

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) :

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	
Cabinet de Kinésithérapie de Réadaptation Fonctionnelle Essaouira Fouarat Lot. Essaouira N°11 H.M. - Casablanca	03.10.2020					20 x 100 DH
	Facture					20 x 100 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</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></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553			B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		H																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
	B																								
				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



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

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

15984

Casablanca, le : 25.11.19.

N. G. LEMSEFFER
F. LEMSEFFER

- 2000 = 1000 l'gl
1000 = 1000 - 1000
1000 = 1000 - 1000
l'gl
- 37/100

Dr. Mohamed LEMSEFFER
Chirurgien Orthopédiste
Clinique Zerkouni - Casablanca
Angle Bds. 9 Avril et Méd.



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 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



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. Essaoua
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 ACH HAB FATIMA

En cas de non disponibilité téléphone 24 h avant



Cabinet de kinésithérapie
et de réadaptation fonctionnelle ESSAOUAB

ورقة المواعيد

CARTE DE DE RENDEZ-VOUS

Sara SAFOUH
kinésithérapeute

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



Cabinet de kinésithérapie
et de réadaptation fonctionnelle ESSAOUAB

ورقة المواعيد

CARTE DE DE RENDEZ-VOUS

Sara SAFOUH
kinésithérapeute

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

PROCHAIN RENDET-VOUSالموعد المقبلPROCHAIN RENDET-VOUSالموعد المقبل

Jour	Date	Heure
Vendredi	10/01/2020	15h00
Samedi	11/01/2020	15h00
Dimanche	13/01/2020	15h00
Mardi	14/01/2020	15h00
Mercredi	15/01/2020	15h00
Jeudi	16/01/2020	15h00
Vendredi	17/01/2020	15h00

Jour	Date	Heure
Samedi	18/01/2020	15h00
Dimanche	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
Dimanche	27/01/2020	15h00
Mardi	28/01/2020	15h00
Mercredi	29/01/2020	15h00
Jeudi	30/01/2020	15h00
Vendredi	31/01/2020	15h00
Samedi	01/02/2020	15h00

Jour	Date	Heure
<p>Cabinet de Kinésithérapie et de Réadaptation Fonctionnelle Essaouab 3d. Fouarat Lot. Essaouab N°11 H.M - Casablanca</p>		