

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-496446

ND-17401

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 17401 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite

Nom & Prénom : B. Elouch Mohamed

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 10 passage el farabi hay Yasmine Remedies

Tél : 066318097 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Remedies Le : 01/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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'Horioge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

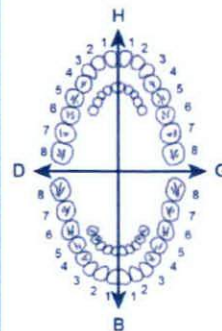
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [][][][][][][][][][]

[illegible]

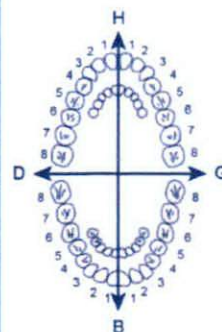
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>MESSAOUDI Naoual Kinésithérapeute-Physiothérapeute 5 Pass. Espérance, Bey Yassmina Ben Gharz, 064.76.84</p>	6/1/2020		20	20		4000 dh

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



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

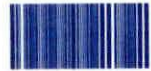
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الساحل للأونكولوجيا

CLINIQUE D'ONCOLOGIE LE LITTORAL



090003906

RADIOTHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDICINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO.HEMATOLOGIE
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLOGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

13/11/19

M. BELLONCH ROBERT

La radiopie m'a été faite
et j'ai subi une opération d'une
nerveuse pour la faire.

Kinésithérapie à domicile

20 séances par semaine de
musculation et de physiothérapie

Docteur Omar HAJJI
ONCOLOGUE MEDICAL
Salaj 3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab
Casa - Anfa - Tél: 05 20 66 88 90/91/92
Fax: 05 22 79 75 94 / 05 22 79 69 89
H1

CENTRE DE KINESITHERAPIE

Autorisé sous n°: 654/2007

MESSAOUDI NAOUFAL
Kinésithérapeute Physiothérapeute

59 Boulevard Brahim
Roudani yassmina
Berrechid

FACTURE :

Berrechid, le...06/01/2020

Je soussigné M r Messaoudi Naoufal avoir fait 20 séances soit
(...Vingt...) de rééducation à MONSIEUR BELLOUCH Nohamed

.....20.....séances x prix unitaire...200.....DH= 4000
Arrêtée la présente facture a la somme de ...quatre mille DH

SIGNATURE :

C.R :

patient commence à récupérer
qlq capacité fonctionnelle (position debout et marche avec aide)

MESSAOUDI Naoufal
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
59 Boulevard Brahim Roudani Yassmina Berrechid
Gsm: 064 76 81 36



CENTRE DE KINESITHERAPIE

Autorisation n° : 654/2007

MESSAOUDI NAOUFAL
Kinésithérapeute Physiothérapeute

59 Boulevard Brahim Roudani
Yasmina Berrechid

Objet : Compte -Rendu

Berrechid, le 26.11.2020

Patient: Berrechid Mohamed
MESSAOUDI Naoufal
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
5 Pass. Essoumani Hay Yasmina Berrechid
Téléphone: 064.76.81.36

A la fin des 20 (vingt) séances de rééducation effectuées au niveau du domicile du patient, étant incapable de se déplacer au niveau du Centre, nous avons constaté que le sujet commence à récupérer les capacités fonctionnelles suivantes: Position debout et début de la marche avec assistance (déambulateur).

SIGNATURE

MESSAOUDI Naoufal
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
5 Pass. Essoumani Hay Yasmina Berrechid
Gsm: 064.76.81.36