

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 canalaire, 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

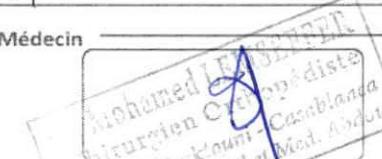
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	0298	Société :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : S. HATTI		
Date de naissance	19/06/68	
Adresse :	Casablanca	
Tél. :	06602741661	
Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
<div style="text-align: center;">  Dr. S. HATTI Chirurgien Dentiste Casablanca </div>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	25/03/20	
Nom et prénom du malade :	S. HATTI	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Afrecess	
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) :



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
25/12/15	S		300,-	INP 

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Spas.	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
M. K. R. J. 25m	MARIKH NAWAL PHYSICIENNE THERAPEUTE EMERAPEUTE Lecithine - P.L. Abdellah 131 - TEL : 05.22.37.0.9	M	M		6 131. Lecithine - P.L. Abdellah 131 - TEL : 05.22.37.0.9
		00			

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 canalaire, 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"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<input type="checkbox"/> G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<input type="checkbox"/> G																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



Cabinet de Kinésithérapie et
Rééducation Fonctionnelle
Nawal MARIKH
Kinésithérapeute-physiothérapeute

17.03.2020

FACTURE 48 /20

Nom / Prénom : CHATT GHALI

Prescription du : 25.12.19

DR :M.LEMSEFFER

Rééducation du : Genou droit

Cotation : AMM6

Prix unitaire : 150.00 DH

Nombre de séances : 08

Montant total : 1200.00 DH

Arrêter la présente facture à la somme : Mille deux cent dirhams

MARIKH NAWAL
KINESITHERAPEUTE
PHYSIOTHERAPEUTE
131, Jaouharat Abdelmoumen - Bd. Abdelmoumen
2^e étage n°9 - Tel. : 05 22.47.01.95

131, Jaouharat Abdelmoumen, Bd Abdelmoumen, 2^{ème} étage, n° 9, Casablanca – Tél : 0522470195
B.P Compte N°212 11 11068210009 –ICE 001831319000040, I.F N°42044204 – Patente : 36363458



Cabinet de Kinésithérapie et
Rééducation Fonctionnelle
Nawal MARIKH
Kinésithérapeute-physiothérapeute

Calendrier des séances de Mr CHATT GHALI :

1. Vendredi 06 Mars 2020
2. Lundi 09 Mars 2020
3. Mardi 10 Mars 2020
4. Mercredi 11 Mars 2020
5. Jeudi 12 Mars 2020
6. Vendredi 13 Mars 2020
7. Lundi 16 Mars 2020
8. Mardi 17 Mars 2020

