

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

- 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.

MUPRAS est une marque déposée de la MUPRAS. Toute réimpression ou utilisation non autorisée sans la permission écrite de la MUPRAS est formellement interdite.



Déclaration de Maladie

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5924 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Rachidi Said

Date de naissance : 27/4/64

Adresse : Res. Salam, Rue Bouahid Langat Im. B. n° 8, 2^{ème} étage, Debdoude / Casa / Maroc

Tél. : 0624.15-3763 Total des frais engagés : 22.50 Dhs

0522246896

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Meriem TOUMI BENJELLOUN
RADIOLOGUE
Angle Bd. 2 Mars et Avenue Mohammed VI Etag 2
Appt 8 Casablanca Tel. 0522 93.30.30
E-mail: mtoumi@orange.ma

Date de consultation : 10/2/20

Nom et prénom du malade : Mr RACHIDI FATIMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Douleurs articulaires

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où l'adhérent aura communiqué ses 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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa le : 27/2/2020

Signature de l'adhérent(e) : Said Rachidi



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
20.01.20	CS	3	6	091166108

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

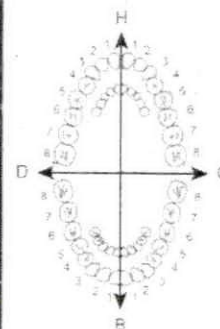
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

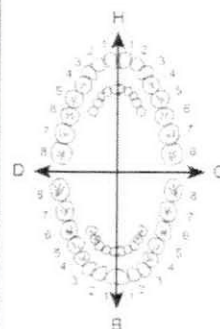
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	20.01.20	10	seans de			2250,00
			needul			
		10	seans de			1500,00
			needul			

VOLET ADHERENT

* 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	
35533412	01433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaires à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le 20 Janvier 2020

Mme RACHIDI Fatima

faire 3 séances par semaine de rééducation du rachis cervical :
Physiothérapie antalgique
massages décontractants des trapèzes.
levée de tension
tractions cervicales douces dans l'axe
renforcement musculaires

15 séances

VITALIA KINE

Santé et bien-être - SARL AU

Autorisation N° 4080

Casablanca le : 04-03-2020

Facture : N° 5.

Messieurs ;

Nous vous prions de trouver ci-après le détail de nos honoraires :

- Nom et prénom du patient : Mme RACHEDI FATIHA.
- Médecin traitant : Dr. M. TOUMI BENJELLOUN.
- Diagnostic : Cervicalgie
- Nombre de séances : 10 séances
- Coût de la séance : 180,00 DH
- Total : 1800,00 DH

Arrête la présente facture à la somme de : mille cinq cent DH

Veuillez agréer, Messieurs, nos salutations les plus distinguées.

03.02.20 - 05.02.20 - 07.02.20 - 10.02.20
14.02.20 - 17.02.20 - 19.02.20
24.02.20 - 24.02.20 - 12.02.20

Signé : Naima MOUJTAHID

VITALIA KINE
448 Angle Bd. Mohamed V et Rue Laon
Rce SOFIA 2 Apt. 10 Belvédère
ICE : 002360365000018
Tél: 05 22 40 50 55 - Casa

VITALIA KINE
448 Angle Bd. Mohamed V et Rue Laon
Rce SOFIA 2 Apt. 10 Belvédère
ICE : 002360365000018
Tél: 05 22 40 50 55 - Casa

SARL AU CAPITAL DE 100.000,00 DHS

N° 448 Angle bd Mohamed V et rue Laon, résidence SOFIA 2, 3ème étage App n°10 Belvédère

Casablanca 20300

Tel: 022 40 50 55

R.C.: 450649 - Patente : 32500506 - IF : 39426237 - CNSS : 1836176 ICE: 002360365000018