

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES RÉMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 des données à caractère personnel.

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

6/5/2021

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3792

Société : R A M

Actif

Pensionné(e)

Autre : RETRAITE CDR

Nom & Prénom : HASTHIM AKBAR

Date de naissance : 12.02.1948

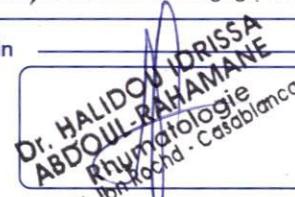
Adresse : 11, RUE JABAL BAYEBLANE C.I.L.
CASABLANCA

Tél. : 066 312 8664 Total des frais engagés :

Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS

24 MARS 2021
ACCUEIL

Date de consultation : 21/03/2021

Nom et prénom du malade : CHRAIBI NADIA

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Tendinopathie chronique de l'épaule

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 : CASABLANCA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Hasthim AKBAR

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
24/10/2021	CS		G	DR. HALIDOU IDRASSI ABDOUL-RAHAMANE Rhumatologie CHU Ibn Rochd - Casablanca

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

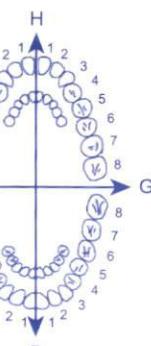
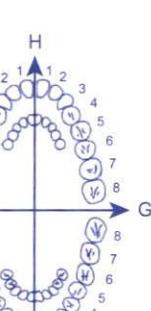
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>CENTRE KINESITHERAPIE YOUSSEF DOULFAKAR SARL 250 Angle Bd de Bordeaux 3d My Youssef N 3 Casablanca 06 61 18 15 17 25/05/2011</i>	<i>Facture</i> <i>20 ANR x 12 séances</i>					<i>2400.00 DH</i>

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 canalaires, ainsi que le bilan d...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des travaux
				
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
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

ORDONNANCE

Docteur : _____

De chairs: Nadia

timó: gaule gaule

RC : Tendinitopathie chronique de l'épaule.

- Psychotropie antalgique
 - Narcolepsie Myorelaxant
 - Reinforcement Neurolancette et
Nutrereduction

(12 place
CENTRE KINÉSITHÉRAPIE
YOUSSEF DOULFAKAR S.A.L.A.U.
150, Angle Bd de Bordeaux et
Youssef N° 3 Casablanca
61 18 15 47)

Dr. HALIDOU IDRASSA
ABDOUIL-RAHAMANE
Rhumatologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

FACTURE N°88/2021

- Prénom et nom : Mme. CHRAIBI Nadia
- Diagnostic : Rééducation DE L'épaule
- Médecin traitant : Dr. HALIDOU IDRISSE
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 12
- Montant total des honoraires : 2400.00 DH
- Arrêter la présence facture à la somme de : Deux mille quatre cents dirhams

Casablanca, Le 25/05/2021



Mr Youssef DOULFAKAR
Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N° 3 - Casablanca
Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com
ICE : 001548200000071 : RC : 345535 - TP : 35423089
CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

Nom et prénom : Mme. CHRAIBI Nadia
 Diagnostic : Rééducation de l'épaule
 Médecin traitant : Dr. HALIDOU IDRISSE
 Nombre de séances : 12
 Date début du traitement : 29/03/2021
 Date de fin de traitement : 06/05/2021

Détail des séances :

Le 29/03/2021	:	1 ^{ère} séance
Le 01/04/2021	:	2 ^{ème} séance
Le 05/04/2021	:	3 ^{ème} séance
Le 08/04/2021	:	4 ^{ème} séance
Le 12/04/2021	:	5 ^{ème} séance
Le 15/04/2021	:	6 ^{ème} séance
Le 19/04/2021	:	7 ^{ème} séance
Le 22/04/2021	:	8 ^{ème} séance
Le 26/04/2021	:	9 ^{ème} séance
Le 29/04/2021	:	10 ^{ème} séance
Le 03/05/2021	:	11 ^{ème} séance
Le 06/05/2021	:	12 ^{ème} séance

Casablanca le 25/05/2021

Mr Youssef DOULFAKAR
Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N° 3 - Casablanca

Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 00154820000071 : RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 24/3/2021.

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : **3792**

e-mail: **hasharw@hotmail.com** Phones: **066 312 8664**

Nom et Prénom de l'adhérent : **HASHIM AKBAR**

Nom et Prénom du bénéficiaire : **CHRABI NADIA**

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Dr. HALIDOU IDRISSE

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, **CHRABI NADIA**

ABDOUL RAHMANE

Nécessite **10 séances de Kiné**

Rhumatologie

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

CHU. Ibn Rochd - Casablanca

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Cachet, date et signature du praticien

DR. HALIDOU IDRISSE
ABDOUL RAHMANE
Rhumatologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

Re 24/03/2021

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.