

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



Déclaration de Maladie

N° W19-570680

8/1/189

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1435	Société :	Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAK-HAL mohamed
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		05 24 43 24 83	Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

ACCUEIL

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 : Marrakech

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 27 108 1 2021

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

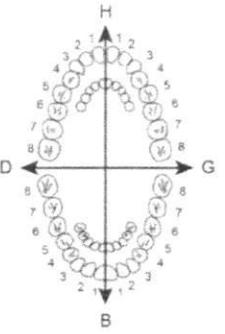
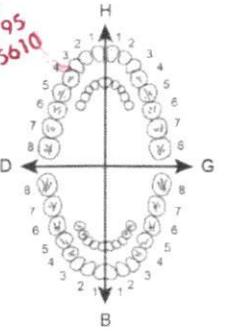
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Mr. ALFEDDI Hassan Masseur - Kinésithérapeute Rue Liberté Im. My Youssef 1262 2B Marrakech Guéliz Tel. 021 43 53 95 GSM 032 15 41 64 Patente 43105610	27 AOUT 2020	Annexe + Annexe 2 + IFR + US x 10 séances de rééducation fonctionnelle	Mr. ALFEDDI Hassan Masseur - Kinésithérapeute Rue Liberté Im. My Youssef 1262 Autorisation 50014 2B Marrakech Guéliz Tel. 021 43 53 95 GSM 032 15 41 64 Patente 43105610	1er Etage	1er Etage	1er Etage

VOLET ADHERENT

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

		COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
		MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
		DEBUT D'EXECUTION	[REDACTED]
		FIN D'EXECUTION	[REDACTED]
		COEFFICIENT DES TRAVAUX	[REDACTED]
		MONTANTS DES SOINS	[REDACTED]
		DATE DU DEVIS	[REDACTED]
		DATE DE L'EXECUTION	[REDACTED]
 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	[REDACTED]
		H 25533412 21433552 00000000 00000000	[REDACTED]
		D 00000000 00000000 35533411 11433553	B G
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	[REDACTED]
		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mr Mohamed TAKHAL
n° 84 lot. Saada. Ménara
Marrakech.
matricule 1435

Marrakech le 30/08
2021

Madame,

Je vous prie de trouver ci-joint
la facture concernant des séances de
Kinésithérapie dont l'accord m'a été
donné par téléphone le 23 Août 2021
par Madame Soukeina.

Cordialement

(Signature)

ALFEDDY Hassan
Kinésithérapeute
Kinésithérapie Respiratoire
Manipulation Vertébrales
Drainage Lymphatique
Rééducation Périnéale
Thérapie tendinite par Onde de choc et Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Tunis

حسن الفضي
 اختصاصي في العلاج الفيزيائي و الترويض الطبي
 معالجة الروماتيزم المزمن
 آلام الظهر والعنق
 تصلب المفاصل و التصاقها
 الترويض بعد علاج كسر العظام
 أمراض الشلل
 أمراض الصدر والجهاز التنفسى
 خريج كلية الطب بتونس

Marrakech, le

27 AOUT 2021

مراكش في.....

FACTURE

NOM : LAK - HAL

PRENOM : Mohamed

TRAITEMENT : Analg & Arnica + IR + US + 10 séances de rééducation fonctionnelle

NOMBRE DE SEANCES : 10 séances

PRIX D'UNE SEANCE : 150 DH

PRIX TOTAL : 1500 DH (mille cinq cent DH)

NUMERO DE PATENTE : 45105610

ICE : 001710140000063 / IF : 68976125

SEANCE	DATE	PRIX
S1	06/08/2021	150DH
S2	09/08/2021	150DH
S3	11/08/2021	150DH
S4	13/08/2021	150DH
S5	16/08/2021	150DH
S6	18/08/2021	150DH
S7	20/08/2021	150DH
S8	23/08/2021	150DH
S9	25/08/2021	150DH
S10	27/08/2021	150DH

Mr. ALFEDDY Hassan
Masseur - Kinésithérapeute
 Autorisation 5.G 1262
 Rue Liberté, Im. My Youssef, 1er Etage
 28 Marrakech Guéliz Tél 024 43 15 95
 GSM 062 15 41 64 Patente 45105610

عمراء مولاي يوسف زنقة الحرية رقم 2 ب الطابق الأول جيليز قرب مقهى الزهور مراكش

الهاتف : 06 62 15 41 64: 05 24 43 15 95

البريد الإلكتروني: hassan.elfeddy@gmail.com

Imm. My youssef , Appt.2B Rue de la liberté , 1er Etage Guéliz Prés du Café Zohor
 Marrakech-Tél: 05 24 43 15 95-GSM : 06 62 15 41 64
 E-mail: hassan.elfeddy@gmail.com