

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.

Pathologie 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.

Education :

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.

Thérapeutique :

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.

Pathologie 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

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.

Nº M21- 061199

72954

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12.741 Société : R.D.M

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAJDA SOUHIR

Date de naissance : 01-01-86

Adresse : Dpt 7 Rue M. Ben Abdellah, 3ème Annexe

CNSA

Tél. : 0666162142 Total des frais engagés : 12000 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 : ENSA Le : 07/07/2021

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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET MUNICIPALITES

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 de l'OI.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

HOUDA BENRAHAL

Kinesitherapeute,
Physiothérapeute



هدى بنراحال

اختصاصية في الترويض الطبيعي
و العلاج الكهربائي

Casablanca, le ٢٠١٩/١٢/٢١

Ice: ٠٠٠٤٢٧١٦٨٠٠٠١٥٢

NOTE D'HONORAIRES

La somme de : مille deux cents dirhams (1200.00 DT)

Pour une série de 10 Séances de Rééducation.

fonctionnelle

Adressée à BAJIDA Sounfane

Durant la Période du ٢٠١٩/١٢/٢١ au ٢٠٢٠/٠٧/٢١

Sur Ordonnance du Docteur Bentyna EL HAZIFI

HOUDA BENRAHAL
CENTRE KINESITHERAPIE NASSI
Lissasfa Mosqué Fatima Abdellah Boukchane N° 10 Bis Hay Nassim - Casablanca - Tél.: 05 22 93 51 52 -
Lissasfa Mosqué Fatima Abdellah Boukchane N° 10 Bis Hay Nassim - Casablanca - Tél.: 05 22 93 51 52 - Patente N° : 36232306

لسايفة، مسجد فاطمة عبد الله بوکشان رقم 10 مكرر حي النسيم - الدار البيضاء - الهاتف : ٠٥ ٢٢ ٩٣ ٥١ ٥٢ - البقاتا : ٣٦٢٣٢٣٠٦
Lissasfa, Mosqué Fatima Abdellah Boukchane N° 10 Bis Hay Nassim - Casablanca - Tél.: 05 22 93 51 52 - Patente N° : 36232306

E-mail : houda benrahal@hotmail.com البريد الإلكتروني :

N° Dossier: 72954 

N° Dossier externe: ACC-12541-02/06/2021

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: BAJDA SOUFIANE

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 02-06-2021 

Date de fin: 03-06-2021 

Date de saisie: 02-06-2021

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
03-06-2021	Manuel	DORSALGIES OK POUR 10 S KINE

- Rééducation Fonctionnelle et Réadaptation
- Physiothérapie
- Kinésithérapie Respiratoire et Corrective
- Massage et Relaxation
- Gymnastique Médicale
- Correction Des Pieds Bots

Houda Benrahal

kinésithérapeute
physiothérapeute

Nom : BENRAHAL

Prénom : Soufiane

Lissasfa, Mosqué Fatima Abdellah Boukchane N° 10 Bis Hay Nassim
Casablanca - Tél : 05 22 935152-gsm : 0661 38 46 79 (En Cas D'urgences)

E-mail : houdaBenrahal@hotmail.com

Jour	Date	Heure
Lundi	7/06/21	15H00
Jeudi	10/06/21	15H00
Lundi	14/06/21	15H00
Jeudi	17/06/21	15H00
Lundi	21/06/21	15H00
Jeudi	24/06/21	15H00
Lundi	28/06/21	15H00
Jeudi	1/07/21	15H00

Jour	Date	Heure
Lundi	5/07/21	15H00
Jeudi	8/07/21	15H00