

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-644219

79697



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :	
Matricule : 8327		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL KIHEL FOUAD		
Date de naissance : 20/11/1969		
Adresse : SIESTA HOTEL HAMMADIA		
Tél. :	Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MOUARABIT KELTOUD 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 :

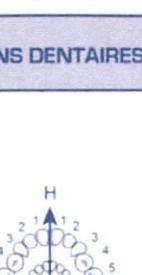
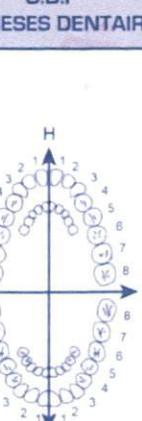
Signature de l'adhérent(e) :

Le : 13/09/2012

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 : <input type="text"/>

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES												
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.												
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.												
			INP : <input type="text"/>									
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>									
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>									
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	21433552	D	00000000	B	11433553	G	35533411
H	21433552											
D	00000000											
B	11433553											
G	35533411											
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

# Centre de Kinésithérapie ADOHA



AMRIBET Asmaâ  
Kinésithérapeute - Physiothérapie

- . Rééducation Réadaptation Fonctionnelle
- . Rééducation Périnéale
- . Kinésithérapie Respiratoire
- . Drainage Lymphatique
- . Gymnastique Médicale

Casablanca Le : ١٥/٨/٢١

## Calendrier des séances:

- 1<sup>ère</sup> séance : ١٥/٨/٢١
- 2<sup>e</sup> : ١٦/٨/٢١
- 3<sup>e</sup> : ١٧/٨/٢١
- 4<sup>e</sup> : ٢٠/٨/٢١
- 5<sup>e</sup> : ٢٣/٨/٢١
- 6<sup>e</sup> : ٢٥/٨/٢١
- 7<sup>e</sup> : ٢٨/٨/٢١
- 8<sup>e</sup> : ٢٩/٨/٢١
- 9<sup>e</sup> : ٣٠/٨/٢١
- 10<sup>e</sup> : ٢/٩/٢١
- 11<sup>e</sup> : ٤/٩/٢١
- 12<sup>e</sup> : ٧/٩/٢١

Centre de Kinésithérapie ADOHA  
Bd Beaussite Résidence doha 1 Imm A55  
Rez de Chaussée N° 4 Ain Sebaa - Casablanca  
Tél : 05 22 35 11 47 - GSM : 06 61 65 15 32

# Centre de Kinésithérapie ADOHA



AMRIBET Asmaâ  
Kinésithérapeute - Physiothérapie

- Rééducation Réadaptation Fonctionnelle
- Rééducation Périnéale
- Kinésithérapie Respiratoire
- Drainage Lymphatique
- Gymnastique Médicale

Casablanca Le : ٢١/٥/٢١

Facture N°: 158/21

Nom et prénom : Hme Houcib Keltaum

Diagnostic : NC

Pour : 12 séances de rééducation foulle

Sur ordonnance du Dr : RIAHI

Soit : 12 séances x

120 dhs = 12000 dhs

Arrêter la présente facture à la somme de

mille quatre cent quarante

dhs.

Centre de Kinésithérapie ADOHA  
Bd Beaussite Résidence doha 1 Imm A55  
Rez de Chaussé N° 4 Ain Sebaa - Casablanca  
Tél : 05 22 35 11 47 - GSM : 06 61 65 15 32

Bd. Beaussite Résidence ADOHA 1 , Imm A55, Rez de chaussé N° 4 Ain Sebaa. (En Face De METRO Ain Sebaa). Casablanca

Tél. : 05 22 35 11 47 - GSM : 06 61 65 15 32 - E-mail : aamribet@gmail.com

RC:174679 - Patente:30390287 - IF:1681931 - CNSS:7679147

FCT: 000 917 655 0000 60