

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.

88005

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A																
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :																	
Matricole : 1569		SOCIÉTÉ : RAM																	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :																	
Nom & Prénom : IFRIKHINE ISMAÏL		Date de naissance : 28/02/1987																	
Adresse :																			
Tél. : 0661078505		Total des frais engagés :																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ACCUEIL</td> </tr> <tr> <td colspan="2">BOUTZAGHAN</td> </tr> <tr> <td>03 NOV. 2021</td> <td>MIUPRAS</td> </tr> <tr> <td>10.11.2021</td> <td>de chavill gauche</td> </tr> </table>				ACCUEIL		BOUTZAGHAN		03 NOV. 2021	MIUPRAS	10.11.2021	de chavill gauche								
ACCUEIL																			
BOUTZAGHAN																			
03 NOV. 2021	MIUPRAS																		
10.11.2021	de chavill gauche																		
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Cadre réservé au Médecin</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cachet du médecin :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date de consultation :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom et prénom du malade :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Lien de parenté :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nature de la maladie :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.</td> </tr> </table>				Cadre réservé au Médecin		Cachet du médecin :		Date de consultation :		Nom et prénom du malade :		Lien de parenté :		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'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.	
Cadre réservé au Médecin																			
Cachet du médecin :																			
Date de consultation :																			
Nom et prénom du malade :																			
Lien de parenté :																			
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'adresse du médecin conseil de la Mutuelle.																			
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.</p> <p>Fait à : Casablanca Le : 10/11/2021</p> <p>Signature de l'adhérent(e) :</p>																			



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
14				INP : 091013901
09				<i>GRATIN</i>
2024				<i>DR. GRATIN</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

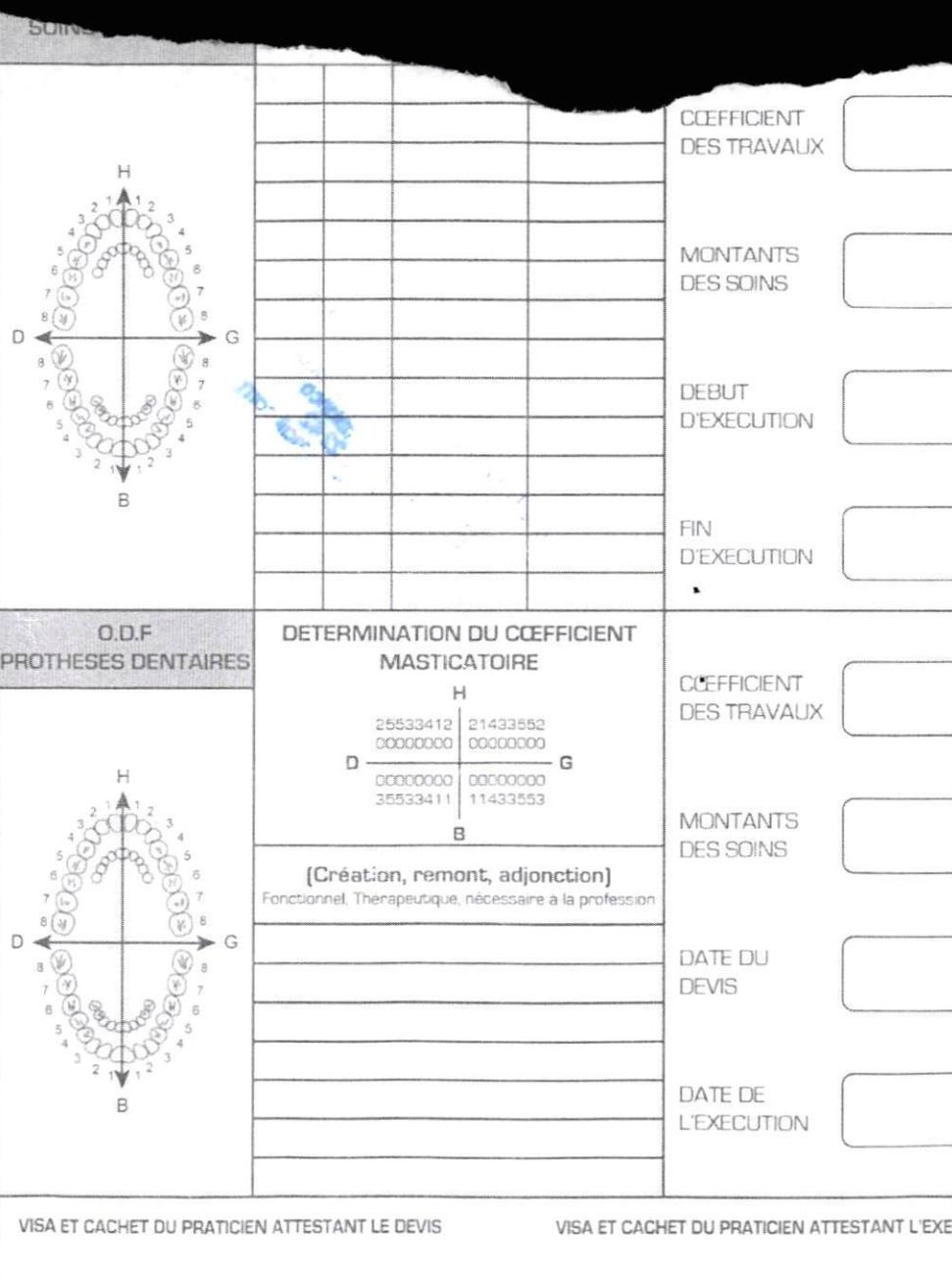
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE DEZZA DE L'ESOTHERAPIE 171 Rue Hédi Chérif Riffi Casablanca	27/05/2011	20				1400,00
TÉL: 05 27 77 63 69						DK
CENTRE DEZZA DE L'ESOTHERAPIE 171 RUE HEDI CHERIFI CASABLANCA TÉL: 05 27 77 63 69	28/05/2011	8				1600,00
						DK

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



CLINIQUE RACINE

Multidisciplinaire



مصحة راسينه
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le :

14.09.2014

MR IFR. QUINE IS

Entorse de cheville gauche

Par 2 li de veedule
fr proscaphe de cheville gauche

Dr. HAKFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
Clinique Racine Casablanca
Tél: 05 22 36 22 42
Email: harkfaoui@hotmail.com



CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport
Traitement de la douleur

Abderrahim DEZZAZ

Professeur Agrégé en Physiothérapie
Diplômé de l'Université de Bruxelles

SARL au Capital de	500.000,00 DH
RC	423525
AUTORISATION N°	5113 du 10/07/2017
PATENTE N°	34257424
IF	33632533
ICE	002182423000042
CNSS	1362804

Facture N°	Date	Patient	Assurance Patient
FA21/0176	28/10/2021	0881	MUPRAS

Quantité	Désignation	P.U. HT	Montant HT
8	Séance de kinésithérapie AMM10 + AMM10/2 + IR x 0,75	200,00	1 600,00

NET A PAYER

1 600,00

Arrêté la présente Facture à la Somme de :

mille six cents Dhs

171 Rue Hadj Omar Riffi
Casablanca
Tél : 05 22 31 83 59

171, Rue Hadj Omar Riffi - Derb BENJIDA - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 31 83 59 - GSM : 06 61 10 30 23

Mail : dezzaz@hotmail.fr - Site : www.kinedezzaz.com



CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport
Traitement de la douleur

Abderrahim DEZZAZ

Professeur Agrégé en Physiothérapie
Diplômé de l'Université de Bruxelles

Calendrier des séances de kinésithérapie

	DATE SEANCE	NOM ET PRENOM
1	15/10/2021	IFRIQUINE ISMAIL
2	16/10/2021	IFRIQUINE ISMAIL
3	18/10/2021	IFRIQUINE ISMAIL
4	20/10/2021	IFRIQUINE ISMAIL
5	22/10/2021	IFRIQUINE ISMAIL
6	25/10/2021	IFRIQUINE ISMAIL
7	27/10/2021	IFRIQUINE ISMAIL
8	28/10/2021	IFRIQUINE ISMAIL
9		
10		