

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

ditions 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.

rmacie :

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.

tique :

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.

ntaire :

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.

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage 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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 065478

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0704 Société : 92961

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BANANE Abdellah

Date de naissance : 11/11/77

Adresse : 1001 Avenue Mohammed V

Tél. : 0661 62 20 64 Total des frais engagés: 24000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : / /

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 : Le : 16/11/14

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
08/04/2011	Dr. Mounif BIRKAK Chirurgien Orthopédiste que Zerktouni Casablanca	159 Avril et Med Abdou	159 Y. Moudrik Chirurgien Clinique Le Zerktouni- Angle Bds. 9 Avril et Med.	Dr. Mounif BIRKAK Chirurgien Orthopédiste que Zerktouni Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		A M	P C	I M	I V	
DEVELOPPER KINE Quartier des Hénaux Rue Abd. Bata' Zouhair Ben Zouhair mm 3 Elg 3 - Casablanca	15/12/2012	REVELOPPER KINE Quartier des Hénaux Rue Abd. Bata' Mohamed Ben Zouhair mm 3 Elg 3 - Casablanca				2400,00

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with 28 numbered teeth arranged in four quadrants. The teeth are labeled with numbers 1 through 8, with 1 at the top and 8 at the bottom. The arch is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top, a horizontal axis labeled 'D' on the left, and a diagonal axis labeled 'G' on the right. A small square at the bottom center is labeled 'P'.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 92964



N° Dossier externe: ACC-00704-22/11/2021

Type de dossier: REEDUCATION



Bénéficiaire: MOUNSIF FATIHA

Situation: En attente



Sous-situation: ---



Date de début: 22-11-2021



Date de fin:



Date de saisie: 22-11-2021



Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
23-11-2021	Manuel	REEDUCATION DU POIGNET POST FRACTURE. OK POUR 12 SEANCES



MUPRAS

MUTUELLE DE PREVOYANCE &
D'ACTIONS SOCIALES DE ROYAL AIR MAROC

le/...../.....

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Matricule:	N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent..... N°Tél bureau:.....	
Nom et Prénom du bénéficiaire..... N°Tél domicile:.....	
Je soussigné: <u>ZAINI Amna</u>	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: <u>Nousif Fatima</u>	
Nécessite <u>15 séances de rééducation du poignet gauche</u>	
Un acte côté à la nomenclature:(préciser le coefficient).....	
.....	
Une hospitalisation de :(Approximatif).....	
A: (préciser l'établissement hospitalier).....	
Renseignement 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	
Décision:	

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86 91-28-83 Fax : 022 91-26-52

19 NOV. 2021



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

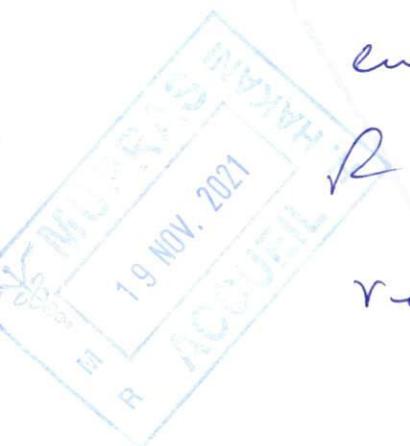
Casablanca, le : 08/11/14

Mr NouNSTF FATIMA

Fracture de l'esthèt des claviers

✓ va sans opér.
en bref.

Ry et mise en
recouvert du poignet





Calendrier des Séances de rééducation

N° de séance	Date	N° de séance	Date
Séance N °1	24/12/2021	Séance N °11	13/12/2021
Séance N °2	25/12/2021	Séance N °12	25/12/2021
Séance N °3	26/12/2021	Séance N °13	
Séance N °4	23/12/2021	Séance N °14	
Séance N °5	01/12/2021	Séance N °15	
Séance N °6	03/12/2021	Séance N °16	<i>Développer Kiné Quartier 14 - Hôpital Ibn Zohr Casablanca</i>
Séance N °7	06/12/2021	Séance N °17	
Séance N °8	07/12/2021	Séance N °18	
Séance N °9	09/12/2021	Séance N °19	
Séance N °10	20/12/2021	Séance N °20	



DÉVELOPPER KINÉ
KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE

FACTURE N° 23/2021

MOUNSIF FA.TIHA

Date : 14/12/2021

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix total
12	12 séances de rééducation pour fracture du poignet gauche	200	2400

Arrêtée la présente facture à la somme de deux-mille-quatre-cents dirhams.

Signature :

📍 3, Rue Aboubakr Med', Ibn Zaher
Rés, La Tulipe 3ème étage N°7
(à coté de CHU)
- Casablanca-

📞 0522 22 48 19
⌚ 0766 74 58 77
✉️ developperkine01@gmail.com
Ice: 00218966700006

RC: 436399
If: 37546740
N° CNSS: 1573320
Patente: 36365379



DÉVELOPPER KINÉ

KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE

DEVIS N° 21/2021

MOUNSIF FATIHA

Date : 12/11/2021

Quantité	Désignation	Prix unitaire	Prix total
15	15 séances de rééducations pour fracture de l'extrémité distale du radius gauche	200	3000

Arrêté le présent devis à la somme de Trois mille Dirhams.

Signature :

ASMAA ZAHIR
Kinésithérapeute
& Physiothérapeute
Tél. : 05 22 22 49 19
DÉVELOPPER KINÉ
Quartier des Hôpitaux Rue Abou
Zaher, Mohamed Ben Zouhair
3ème étage Casablanca

19 NOV. 2021

3, Rue Aboubakr Med', Ibn Zaher
Rés, La Tulipe 3ème étage N°7
(à coté de CHU)
- Casablanca-

0522 22 48 19
0766 74 58 77
developperkine01@gmail.com
Ice: 002189667000006

RC: 436399
If: 37546740
N° CNSS: 1573320
Patente: 36365379