

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle 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

N° M21- 070697

88908

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0752 Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(a)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SLITINE ELGHARI MULLAY MIHMEI

Date de naissance : 01/07/1943

Adresse : 18, LOT ARSET LEXBIR, DAARIF, CASABLANCA

Tél. : 06.68.41.92.20 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : DADU ALTAJAWAR SHAHRAZI Age: 65 ans

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 : CASABLANCA

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) : Mihmei

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE KINEMA Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle Bd Ghandi 16 Rue 14000 Sidi Braou Casablanca 10155 Fax: 33.77.76 AUT N° 1731	Du 30.09.21	20 Années				3400.00
	Au 23.12.21					1700.00 / (plongé)

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G	00000000	00000000														
	B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR RACHID LARAKI

le 8/10/20

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

Dr Shihrazel

floute et rhytm

Kinesitherapie

32 seances

Raiders la laine

physiotherapie et rhytm

et remplacement de la

centre b-b-ebdoud

CENTRE KINEMA
Physiotherapie et rhytm
108, Bd Ghannouchi
Casablanca
Tél/Fax: 35.17.70
Aut: 1731

الدكتور رشيد العراقي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
100, Bd Brahim Roudani, Maarif - 20330, Casablanca
Tél.: 05 22 98 16 69 - Fax: 05 22 98 14 07

FACTURE N ° 101/2021

La somme de : 3400Dhs (Soit 170Dhs/séance)

Pour une série de : 20 séances de AMM9.

Adressé à : Mme Slitine Shahrazed

Durant la période du : 30/09/2021 au 23/12/2021

Pour rééducation d une cervicalgie et déséquilibre de la marche

Adressée par le Docteur : Hasna Azmi

Casablanca le : 27/12/2021

Avec mes remerciements,


CENTRE KINEMA
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle
108, Bd Ghandi - 16 Rue Jabal Saghrout
Casablanca - Tél/Fax: 39 77 70
AUT N° 1751

Casablanca le : 27/12/2021

Compte rendu des séances de Mme Slitine Shahrized

Date de la séance	Nombre de la séance	Prestation
Jeudi 30-09-21	1	Rééducation cervical
Lundi 04-10-21	1	Rééducation d équilibre
Jeudi 07-10-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 28-10-21	1	Rééducation d équilibre
Lundi 11-10-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 14-10-21	1	Rééducation d équilibre
Lundi 18-10-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 21-10-21	1	Rééducation d équilibre
Lundi 25-10-21	1	Rééducation cervical
Lundi 01-11-21	1	Rééducation d équilibre
Jeudi 11-11-21	1	Rééducation cervical
Lundi 15-11-21	1	Rééducation d équilibre
Lundi 22-11-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 25-11-21	1	Rééducation d équilibre
Lundi 06-12-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 09-12-21	1	Rééducation d équilibre
Lundi 13-12-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 16-12-21	1	Rééducation d équilibre
Lundi 20-12-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 23-12-21	1	Rééducation d équilibre

20 séances

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

SUITE SMS le 20/10/2021 ACCORD POUR 20 SEANCES

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent	
Matricule: 0752	N° de poste: /
Nom et Prénom de l'adhérent: SLITINE ELGHAR MOULAY M. HADJED	N° Tél bureau: /
Nom et Prénom du bénéficiaire: JACMY ALIADAWAL SHAHRAZED	N° Tél domicile: 06.68.41.92.20
A remplir par le praticien	
Je soussigné: Dr. Fethi BOUCCOL	
Estime que l'état de santé de M ^{lle} , M ^{me} , M: SLITINE ELGHAR	
Nécessite: 32 seances	
Un acte coté à la nomenclature: (préciser le coefficient) 32 A0519	
Une hospitalisation de: (Approximatif) Centre Kinéma	
A: (préciser l'établissement hospitalier)	
Strictement confidentiel	
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	
A remplir par le medecin conseil de la MUPRAS	
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: 022-91-23-36/ 022-91-23-76

SIÈGE SOCIAL: AÉROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél: 022-91-23-36/022-91-23-76 Fax: 022-91-23-53

E-mail: Mupras@casalairmaroc.com