

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 6025	Société : RPN.	<input type="checkbox"/> Autre
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Nom & Prénom : Touati Bouchra
Date de naissance : 15/12/1961		
Adresse : propriété el Nanza H papa echallebata		
Tél. : 06 61 19 86 81 Total des frais engagés : 3 000 Dhs		

Cadre réservé au Médecin <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> Cachet du médecin :	Date de consultation : Nom et prénom du malade : Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même Nature de la maladie : En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <small>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.</small>
 ACCUEIL	
Age: <input type="checkbox"/> Conjoint 28 FEV. 2022 <input type="checkbox"/> Enfant Le : / /	

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 :
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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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 Cœfficients	Montant des Honoraires
	
	
	
	
	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	Facture Dr. B. 03.01.2022 en 21.02.2022		15 Séances	111110 x 6½		2.000,00 à 15 300,00

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 l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the molecular structure of the $\text{H}-\text{B}-\text{D}-\text{H}_2\text{B}-\text{H}$ system. It features a central boron atom (B) bonded to two deuterium atoms (D) and one hydrogen atom (H). Each D atom is also bonded to a hydrogen atom (H). The entire assembly is enclosed within a hexagonal ring formed by six carbon atoms (C), each bonded to two methyl groups (CH_3). The central B atom is coordinated to the three methyl groups of the hexamethylbenzene (HMB) molecule. Bond angles are indicated at the B atom, showing the tetrahedral coordination environment.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mohammedia le: 21 FEV 2022

FACTURE

ICE N°
001676133000050
IF: 15180190

NOM PATIENT: Mme. TOUMI BOUCHRA.

PRESCRIPTEUR : Dr. BOUAZZAOUI.

NATURE DE MALADIE : Gonarthrose bilatérale.

SOINS PROPOSES : 15 séances de AMM10+6/2

Electrostimulation, US, Massage, et Rééducation Fonctionnelle des deux genoux.

DATES : du 03 / 01 / 2022 au 21 /02 / 2022

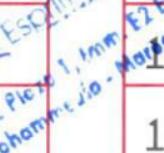
TARIF UNITAIRE : 200 Dh

TOTAL : 200 x 15 soit **3000 Dh**

« TROIS MILLE DIRHAMS »

Avec mes remerciements

Asmaa LAHLOU-HASSAR
Kinésithérapeute
Parc Plaza 1, Immeuble E2 Etage 2 Bureau N° 4
Mohammedia - Maroc - Tel: 0523 30 02 04

	Jour	Date	Heure
1°	Lundi	03 01	16h0
2°	Jeudi	06 01	16h-
3°	Lundi	10 01	16h-
4°	Jeudi	13 01	16h-
5°	Lundi	17 01	16h 
6°	Jeudi	20 01	16h
7°	Lundi	24 01	17h
8°	Jeudi	27 01	17h
9°	Lundi	31 01	16h
10°	Jeudi	03 02	17h

LES RENDEZ-VOUS INOBSERVES SERONT DUS

	Jour	Date	Heure
11°	Lundi	07 02	17h
12°	Jeudi	10 02	17h
13°	Lundi	14 02	17h
14°	Jeudi	17 02	17h
15°	Lundi	21 02	16h
16°			
17°			
18°			
19°			
20°			

LES RENDEZ-VOUS INOBSERVES SERONT DUS

Rééducation Uro-gynécologique

Rééducation Post-traumatique

Préparation à l'accouchement

Drainage Lymphatique Vodder

Psychomotricité

Pressothérapie

Amincissement



Parc Plaza 1, Imm. E2 Etage 2 Bureau N° 4
Mohammedia - Maroc - Tél: 0523 30 02 04

RENDEZ-VOUS

M. T. B.

Asmaa LAHLOU-HASSAR
Kinésithérapeute

Parc Plaza 1, Immeuble E2 Etage 2, Bureau N°4
28800 Mohammedia - Maroc
Tél. 05 23 30 02 04 - Email : espritkine@menara.ma