

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 080990

103134

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00833 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MATAZI RADIA

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : LOT Des Bases 1 IME, 10 CT 1 casa

Tél. : 06 71 54 33 59 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O:D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		MONTANTS DES SOINS
H	G	H	G	
25533412	21433552	00000000	00000000	
00000000	00000000	35533411	11433553	
B	B			
D	G			

(Création, remont, adjonction)		DATE DU DEVIS		DATE DE L'EXECUTION
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Habazr Rader

Casablanca le : 2/2/22.

Graethose

⇒ Kinéthérapie

a but analgique (OS, l'arthrose)

et prévention des l'ops

et restes d'arthrose

Faire 2 séances / sem

* 15

DR HABIBA IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble Sidi Abderahmane Appt 3
Angle route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3 , 3ème étage - Casablanca
Tél: 05 22 89 38 88 / 95



Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3 , 3ème étage - Casablanca



05 22 89 38 88 / 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



HAMZA BOOUOUD

SPORT PHYSICAL THERAPIST & HUMAN PERFORMANCE

Facture

Nom : Matazi

Prénom : Radia

Casablanca ,le 04/03/2022

Désignation	Nombre de séances	P.U	Total
Séances de rééducation et de physiothérapie	10	250,00	2500,00

ICE :002662879000025

Hamza Bououd
Osteopathy & Physical Therapy
Sport Performance Center
ICE : 002662879000025
Tel : 07 77 34 37 91

07.77.34.37.91

N° Dossier: 103134 

N° Dossier externe: PEC-00233-09/02/2022

Type de dossier: RADIOLOGIE

Bénéficiaire: MATAZI RADIA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 09-02-2022 

Date de fin: 09-02-2022 

Date de saisie: 09-02-2022

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
10-02-2022	Manuel	Ok 10 SEANCES DE RÉÉDUCATION DE GENOU GONARTHROSE
10-02-2022	Manuel	informé par appel 0677543359

SÉANCE

DATE

A

11/10/2022

e

14/10/2022

3

16/10/2022

4

18/10/2022

5

21/10/2022

6

23/10/2022

7

25/10/2022

8

28/10/2022

9

08/10/2022

10

04/10/2022



OSTEOPATHY & PHYSIOTHERAPY SPORT PERFORMANCE CENTER

.....

De lundi à samedi

10:00H / 14:00H

15:00H / 19:30 H

97 rue normandie maarif Casablanca