

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

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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 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.

N° W21-709060

12220

Optique

Au

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : CHSS

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom : KERMOUDI

Laïla

Date de naissance : 03/03/1963

Adresse : les Jardins de l'océan V6

DAR BOUZZA

CPA

Tél. : 0661014142

Total des frais engagés : 3600 —

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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'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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/04/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP : <input type="text" value="11111111"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
.....
.....
.....

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

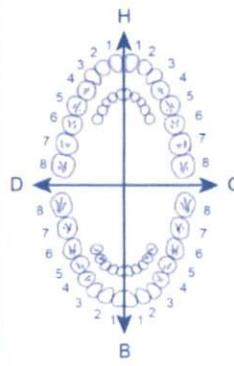
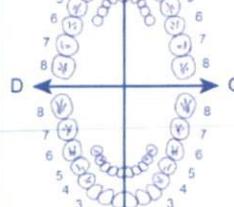
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
DEVELOPPER KINE Quartier des Hôpitaux Rue Abou Baker Mohamed Ben Zouria 3 Elg 3 - Casablanca Signature	25/05/22	12				3600.00

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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text" value="11111111"/>
				<input type="text" value="CCEIFFICIENT DES TRAVAUX"/>
				<input type="text" value="MONTANTS DES SOINS"/>
				<input type="text" value="DEBUT D'EXECUTION"/>
				<input type="text" value="FIN D'EXECUTION"/>
				<input type="text" value="CCEIFFICIENT DES TRAVAUX"/>
				<input type="text" value="MONTANTS DES SOINS"/>
				<input type="text" value="DATE DU DEVIS"/>
				<input type="text" value="DATE DE L'EXECUTION"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصيل
والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : ٢٥ Avril ٢٠٢٢ الدار البيضاء، في :

Kernoudi

٢٠٢٢-

Rx : arthrite qui coûte
l- SUP 20 ans avec
reduire de la force
articulaire
recentrage d'os
pyramide de
seans 1/2
Urgent 3ans

CHERIF BEN MOUSSA,
RHUMATOLOGUE
des Hôpitaux, 44 Rue des Hôpitaux

44، زنقة المستعجلات (أمام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف. الفاكس : 05 22.22.23.04
44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05 22.22.23.04

البريد الإلكتروني : hasnaab5@hotmail.com



DÉVELOPPER KINÉ

KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE



Calendrier des Séances de rééducation

N° de séance	Date	N° de séance	Date
Séance N °1	25/04/2022	Séance N °11	23/05/2022
Séance N °2	27/04/2022	Séance N °12	25/05/2022
Séance N °3	29/04/2022	Séance N °13	
Séance N °4	01/05/2022	Séance N °14	
Séance N °5	03/05/2022	Séance N °15	
Séance N °6	05/05/2022	Séance N °16	
Séance N °7	11/05/2022	Séance N °17	
Séance N °8	13/05/2022	Séance N °18	
Séance N °9	16/05/2022	Séance N °19	
Séance N °10	20/05/2022	Séance N °20	



9 3 Rue Aboubakr Med' Ibn Zaher Rés, La Tulipe 3ème étage N°7 à côté de CHU - Casablanca
0522 22 48 19



Facture N° 30/22

KERMOUDI LAÏLA

Le 25/05/2022

Nom : KERMOUDI

Prénom : LAÏLA

Diagnostic Médical : Cervicalgies

Nombre de séances : 22

Prix de séance : 300 DH.

Total des séances : 3600 DH.

Annexe la présente facture à la somme de :

Trois Mille Six cent dirhams.



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

laila@societefit.com

De: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
Envoyé: mardi 19 avril 2022 16:53
À: laila@societefit.com
Objet: RE: Envoi d'un message : mutuelle accord kine avr22

Bonjour
votre accord de reeducation est accordé pour 12 séances.

CORDIALEMENT.

De : laila@societefit.com <laila@societefit.com>
Envoyé : lundi 18 avril 2022 13:16:42
À : PRISE EN CHARGE; RFM MUPRAS
Objet : Envoi d'un message : mutuelle accord kine avr22

Bonjour

Veuillez trouver ma demande d'accord préalable pour des séances de
kinésithérapie
cordialement

Laila kermoudi 07788

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ..05/10/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 02788 e-mail : Laila.souleht.com Phones : 0661214142
Nom et Prénom de l'adhérent : KERYOUDI Laila
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : ZAHNI Amel
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. KERYOUDI Laila
Nécessite des séances de rééducation pour cervicologues
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) AMM

Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements 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	ABMAA ZAHNI Kinésithérapeute Physiothérapeute Tel. : 05 22 23 45 15 Quartier des Hôpitaux Rue Abdou Bât. Mohamed Ben Yacoub mnr 3 Elg 3 - Casablanca
--	---

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :
.....

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.