

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 (ou un 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.

N° W21-691356

pour alle
ola

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2473		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KASSA DAUKA
Nom & Prénom : KASSA DAUKA		Date de naissance : 27/10/51/1953	
Adresse : 127 Bd Raffo Yebda Boulevard Raffo Yebda		Tél. : 0663355119	
Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

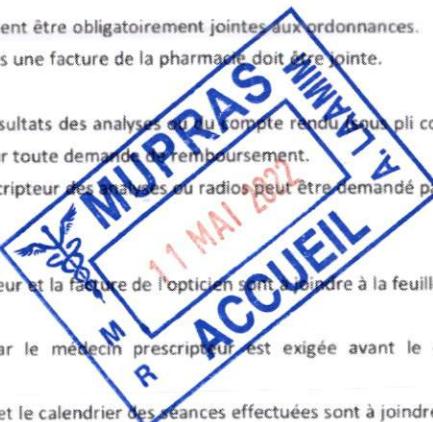
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BOUAFACHID Abderahmane	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



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 - RADIGRAPHIES

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	
Dr. BORI El YACOUT Cabinet N° 1 111, Avenue de la Marne, 94110 Arcueil Téléphone : 01 45 55 00 00 Fax : 01 45 55 00 01	26/07/2002	Récd d' membre Superieur	20	SEANCES	X	220DH 24000

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

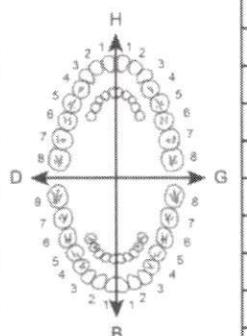
FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

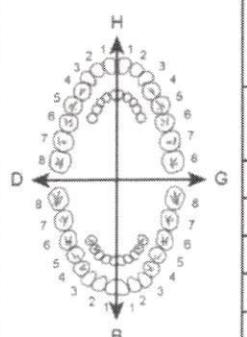
MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	11433553
B	35533411	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mohamed Saleh BENNOUNA
Diplômé de la faculté de médecine de LYON

Spécialiste en Rhumatologie
Vertébrothérapie et Médecine Manuelle-Ostéopathie
Echographie appliquée à la rhumatologie
Surveillance des risques toxiques professionnels.

ORDONNANCE

Casablanca, le

28 FEV. 2022

M/ EL BEURACHI Ahalurhliy

Faire faire par MKDE
membre supérieur
avec :

Visite
générale

séances de rééducation du
à raison de trois par semaine

- + Micromobilisations de la scapulo-humérale de type Menell.
- + Mobilisation passive de l'omoplate.
- + Stabilisation rythmique dans les secteurs libres.
- + Posture progressive et indolore en contracter relâcher vers les secteurs limités.
- + Physiothérapie antalgique.
- + Pas de MECANOTHERAPIE.

IL Y A 15 SE AIT HMDA
Kinésithérapeute. Physiothérapeute
Angle Pahal El Meskini et Bd Lalla Yacout
Complexe Commercial Bori El Yacout
Entrée 'C' Cabinet N° 6 Casablanca
Tél. 00 212 5 22 54 06 00

Docteur MS. BENNOUNA
Dr Mohamed Saleh BENNOUNA
RHUMATOLOGIE
VERTEBROPATHIE
ECHOGRAPHIE
8 Bd Khouribga - Casablanca
Tél. 00 212 5 22 54 06 00 / 06 61 19 40

8, Bd Khouribga (Angle place de la Victoire) 2^{me} Etage-Apt. N°8-
CASABLANCA- MAROC

Tél. : 00 212 5 22 54 06 00

Urgence : 00 212 6 61 19 40

36

E-mail : bennouna.ms@gmail.com

Casablanca le 20/06/2022

FACTURE

Facture à :
MR:EL BOURACHEDI

N° de facture: 035/22
Date de facture: 20 JUIN 2022

Date début des séances	Date fin des séances
30/05/2022	20/06/2022

Réf.	Description	Quantité	Prix unitaire	Total
REE	REED DU MEMBRE SUPERIEUR	10 séances	120.00	1200.00
<i>Montant</i>				1200.00

CALENDRIER DES SEANCES :

30/05/2022	10/06/2022
01/06/2022	13/06/2022
03/06/2022	15/06/2022
06/06/2022	17/06/2022
08/06/2022	20/06/2022

Le Montant de la présente facture n°035/22 est arrêtée à la somme de MILLE DEUX CENT dirhams.

ELIASSE AIT HMIDA
Kinésithérapeute, Physiothérapeute
Avenue Ait HMIDA ELIASSE
Complexe Commercial Borj El Yacout
Entrée 10, étage 6, 20000 Casablanca
Tél: 0522 91 55 55

Angle bd rahal elmskini et bd lalla yacout entrée c 2ème étage cabinet n°6
RC : 389634 PATENTE : 33390250 IF : 45490032 CNSS : 8426175 ICE :001776872000074