

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

- 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

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	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>3270</u>	Société : <u>RAM.</u>	<u>ND</u>	<u>AM443</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>SKIREDJ LEILA</u>			
Date de naissance : <u>05/04/1958</u>			
Adresse : <u>RESIDENCE ANDALOSSIJA IM 43 N° 1 CASABLANCA</u>			
Tél. : <u>064 1727 178</u>	Total des frais engagés : <u>2000,00 DH</u>		

<p>Cachet du médecin :</p>	
<p>Date de consultation : / /</p>	
<p>Nom et prénom du malade : Age:</p>	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Copjoint <input type="checkbox"/> Enfant <i>R. Lui-même et femme</i>
<p>Nature de la maladie :</p>	
<p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p>	
<p>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.</p>	

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 : / /

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
01/01/2022	Ca	(30)		

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR JAPAN Centre les 1000-2012-Casablanca Signature 28/06/2018	10/06/2018	Honoraires HMI 10.500 - 8000,00 Dhs	8000,00

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
JAMES BONNIE MICH RÉSIDENCE LES PAPILLONS Tél.: 0122 20 21 92 - Casablanca	15/12/2014	152	15	200	~3000	3000,00 Dhs
	6/12/2014					

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

UX	
N	
N	
UX	
J	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier



الدكتور المكي سكريج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بمونبولي
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le

3d3 122

Mr Staveet Taïba

15 séances de drainage
lymphatique pour lympho-
œdème des membres inférieurs

3 fois/semaine

DR MEKKI SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar
Rue Ibnou Nafiss - Porte B.
Tél. 022.99.34.15 Casa

Mr MIRI Jamal Eddine
Kinésithérapeute
Diplôme de l' »ISCAM »
BRUXELLES

Résidence les fleurs
59, Bd Zerkouni
Tél : 05 22 20 21 92

Patente n° ; 36301470
N° : 00177939
000077

Casablanca, le 28/06/22.

Pallring

NOTE D'HONORAIRES

N° 30501

Nom & Prénom : *Shirley Léka*

Nom & Prénom de l'adhérent : *Shirley Léka*

Mle..... AS..... AT.....

Sur prescription du Docteur.....

Nombre et nature du traitement 10 séances de

..... *Vibration, BSA, Draining*
Soins prodigués du Au *Lympathique*

- Somme due 10 séances x 200 dhs = dhs
- Total x % = dhs

La présente facture est arrêtée à la somme de :

..... *Dix mille DHS*

Avec mes remerciements

*Résidence les fleurs
59, Bd Zerkouni
Tél : 05 22 20 21 92
Casablanca*

Jeanne-Edeline MIRI
KINESITHERAPEUTE
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkouani
Tél. 05 22 20 21 92 - Casablanca

- 1^e → 29/06/22.
2 → 1/07/22.
3 → 4/07/22.
4 → 6/07/22.
5 sec. → 8/07/22.
6 sec. → 11/07/22.
7 sec. → 13/07/22.
8 → 15/07/22.
9 sec. → 18/07/22
10 sec. → 20/07/22.

Jeanne-Edeline MIRI
KINESITHERAPEUTE
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkouani
Tél. 05 22 20 21 92 - Casablanca