

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 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

- Reclamation : 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.

M22- № 002264

ND

118073

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : RAM. (Retraite)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SABIRI SAID

Date de naissance : 01-11-52

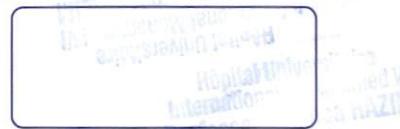
Adresse : 64 Rue El Hajjajine

B.D. LAGIRONDE

Tél. 066 81 81 24 Total des frais engagés : 2880,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/05/2022

Nom et prénom du malade : SAID SABIRI Age : 69 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle avec atrophie papillaire

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : RAM Le : 15/08/2022

Signature de l'adhérent(e) : Said

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
Octobre 2011	CS	G.		

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
JARMOUQUEILMAN NESITHÉRAPEUT GIRONDE-CASABLANCA TEL : 05/22-54-30-16	23/05/22 12/08/22	24 scânes de 1 min c				24 x 120 = 2880 Dhs

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	H D B G	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 04/05/2022.

Reeducation motrice.
et de l'équilibre
3 sees / semaine pendant 3 mois

Patient âgé de 69ans,
suivi pour une myélitte
A觉ue proprioceptive, steps
paraparesie à 4/5.

MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GIRONDE-CASABLANCA
Tél : +212 529 004 466



Cabinet Azzahraa

Mme MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE

Le 12/08/2022

FACTURE n° 59:2022

MR : SABIRI SAID

NOMBRE DE SEANCES	PRIX
24 séances de rééducation	2880DH

Arrêtez la présente facture à la somme deux mille huit cent quatre vingt dirhams .

MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GIRONDE-CASABLANCA
TEL : 0522-54 30 16

Cabinet Azzahraa

Résidence Mariya B- 2ème étage-n°47 angles rue Ifni et Bd la Gironde - Casablanca
Tél : 0522 54 30 16

Patente n° : 32605520 / ICE : 001825661000031 / IF : 15209874



Cabinet Azzahraa

Mme MARFOUQ ILHAM KINESITHERAPEUTE

Calendrier de patient

Nom et prénom : Mr sabiri said

Nombre de séance : 24 séances de rééducation I Date début : 26/05/2022

Date de fin : 12/08/22

26/05/22	30/05/22	01/06/22	03/06/22	09/06/22	13/06/22	16/06/22	17/06/22	28/06/22	30/06/22
01/07/22	04/07/22	06/07/22	18/07/22	19/07/22	22/07/22	25/07/22	26/07/22	29/07/22	01/08/22

04/08/22	08/08/22	10/08/22	12/08/22						
----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--

Mme MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GIRONDE SABIRI
TEL : 0522 54 30 16

Résidence Maria B-2éme étage-n°47 angle rue IFNI et Bd La Gironde –Casablanca
Tél : 0522 54 30 16

Patente n° : 32605520/ICE : 001825661000031/IF : 15209874