

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	1545	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	M (C39)
Nom & Prénom :		BENYASS ABDELHAFID	
Date de naissance :	08/103/54		
Adresse :	LOT 125 IRANCHE D MADINA TABIDA		
Tél. :	0662189350	Total des frais engagés :	2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	15/05/2022	INPE: OALOZHTO	
Nom et prénom du malade :	BENYASS ABDELHAFID	Age:	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	ALD + angor de poitrine		
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 : Casablanca Le : 15 AOUT 2022

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
11/15/2012	C	1	1	DR. S. J. R. M. D.O. 100%

~~EXÉCUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

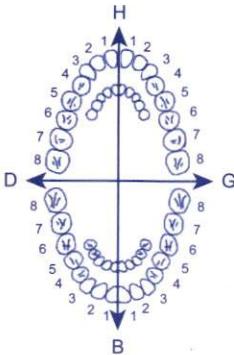
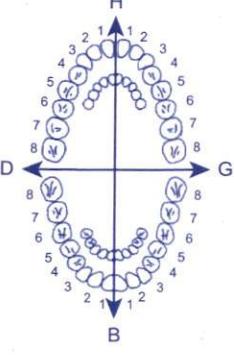
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CENTRE DE KINESITHERAPIE EDUCATION ET ASSISEMENT STAND EDUCATION S.A.R.L. au R.L. Tél: 06 22 70 86 78 Tél: 06 70 34 15 07	10/12/2011			20	Seances	200 x 100 dh 20000 dh

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 <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	G	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	B																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
G	B																	
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																		

CASABLANCA LE :

الدكتورة نعمة نبیہ

Docteur NAIMA NABIH

Médecin chef du centre de santé

CHRIFA

Tél : 06 00 04 41 21

Diabète . Nutrition . Obésité

Cholestérol . Médecine de travail

Maladies allergiques et respiratoires

ORDONNANCE

D^r Benyamin
El Hachid

CENTRE DE KINESITHERAPIE
ET L'AMINCISSLEMENT SIHAM
SARL AU
Tél: 05 22 70 86 78
06 70 34 15 07

1) 25 séances

de physiothérapie pour

le patient diabétique DIO +
angulite de l'abdomen et
dysfonctionnement de l'abdomen Gh.

CENTRE DE KINESITHERAPIE
ET L'AMINCISSEMENT SIHAM
SARL AU
Tél: 05 22 70 86 78
06 70 34 15 07

عيادة الترويضي الطبي وتخسيس الوزن

Cabinet de kinésithérapie et de l'amincisement
MAJD SIHAM



ATTESTATION

Le 25/07/2022.

Je soussigné, SIHAM MAJD, agissant en qualité de Kinésithérapeute, propriétaire au Cabinet de kinésithérapie et d'amincisement, situé au Boulevard Abdelkader Sahraoui Résidence GH 96 ALBAYDA 2 immeuble 1 app1 Casablanca.

Monsieur BEN YASS Abdellatif fait 20 sessions de Rééducation depuis 12/05/22 jusqu'à 25/07/22.

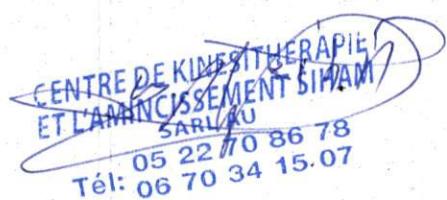
→ 12/05/22.
→ 13/05/22.
→ 16/05/22.
→ 18/05/22.
→ 20/05/22.
→ 23/05/22.
→ 25/05/22.

→ 27/05/22.
→ 30/05/22.
→ 01/06/22.
→ 03/06/22.
→ 06/06/22.
→ 08/06/22.
→ 10/06/22.

→ 17/06/22.
→ 24/06/22.
→ 15/07/22.
→ 22/07/22.
→ 25/07/22.
→ 29/07/22.

Fait à Casablanca

Cachet et Signature



1 APT 1 GH 96 Résidence al Baida 2nd 20450 Casablanca
TEL: 05 22 70 86 78 - GSM: 06 70 34 15 07

Patente: 32751776 IF: 40419120 RC: 397822 CNSS: 8849856
COMPTE BANCAIRE N°: 2121148850800003 BANQUE POPULAIRE
ICE 000 10 49 77 0000 58

CENTRE DE KINESITHERAPIE ET L'ANIMATION

SAHARA

Facture :

Fait Le : 25/07/2022

Nom : BEN YASS

Prénom : Abdellatif

Traitemennt : Reculage des phis

Nombre De Séances : 20 Séances

Total A Payer : 20 x 100 = 2000 Dhs

Arrêtez Le Présent devis à la somme de :

deux mille dhs

Cachet & Signature :

CENTRE DE KINESITHERAPIE
ET L'ANIMATION SAHARA
SARL AU
05 22 70 86 78
Tél: 06 70 34 15 07

SIEGE SOCIAL : Res El Baida 2 Gh 96 RDC N° 01 Hay Mly Rachid Casablanca

ID FIS : 47326869 TP : 32753599 ICE : 00267187800037 - RC : 482833 CNSS : 2319739 FIX: 0522703670