

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W21-701157

128801

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 5647 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KHAIER NORDINO

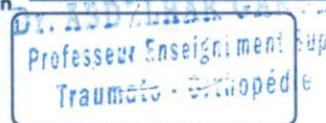
Date de naissance : 11/11/1954

Adresse :

Tél. : 0665276560 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

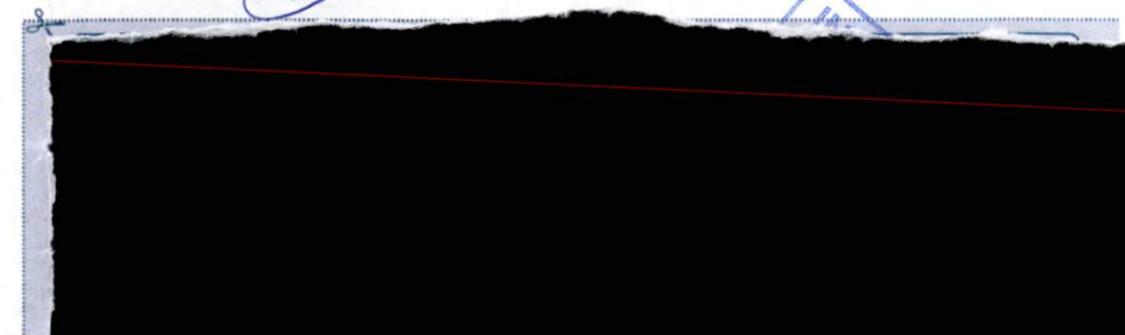
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 14/09/2022



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
24/12/2013	CLINIQUE URANIA 51 Avenue Jules Guesde 92227 Bondy	Mais Haddad 11/02/2013 1350	NP : Dr. ABDULKARIM GARCIA Professeur Enseignement Sup. Traumatologie Chirurgie Orthopédie	

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 Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Manzah 1 Angle et Rue Ait N° 718 Casablanca - Tél : 05 22 99 71 78	18/05/2022					11560.00 dh
	14/07/2022					11560.00 dh

VIOLET ADHESIVE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des scins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412 00000000 00000000 35533411</td><td style="text-align: center;">G</td><td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">21433552 00000000 00000000 11433553</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td colspan="3"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td colspan="3"></td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553	D				B				COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412 00000000 00000000 35533411	G	21433552 00000000 00000000 11433553														
D																	
B																	
				MONTANTS DES SOINS													
				DATE DU DEVIS													
				DATE DE L'EXECUTION													



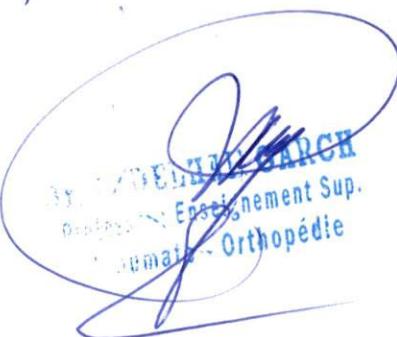
السق عين مصحة AIN CHOCH 5647
CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNANCE

Dr. AZZALAK GARCH
Casablanca, Professeur d'Enseignement Sup.
Traumatologie - Orthopédie

les patients recidivante de la
droite, traitée par Ciment
(curetage - clouage).
Prothésis de la rééducation
de l'épaule D6
12 jours.

CLINIQUE AIN CHOCH
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tél. 0522 21 21 88 / 0522 50 13 50
Fax 0522 21 64 68 Casablanca





Kinésithérapie
Amincissement
Nutrition
Bien être

Facture

Date de l'ordonnance: 04/06/2022

Casablanca le: 06/09/2022

Nom/Prénom: El Khaier Achraf

Rééducation: Physiothérapie ,Ultrason ,Massage décontracturant ,
Renforcement musculaire

Cotation: AMM6+AMMA/2

Nombre de séances: 12

Prix Unitaire: 130 Dhs

Montant Total: Mille cinq cent soixante dirhams

KETTANI HASSANI Sara
Kinésithérapcute
Manzah 1 Angle Rue Socrate
et Rue Attabari N° 7/8 Maarif
Casablanca - Tél : 05 22 99 26 78

Nom Prénom : EL Khaïer Achraf

Nombre Séances : 12

Votre prochain rendez-vous

Date	Heure
08/08	
09/08	

Date	Heure

Votre prochain rendez-vous

Date	Heure
25/10/7	
26/10/7	
27/10/7	
28/10/7	
29/10/7	

Date	Heure
01/08	
02/08	
03/08	
04/08	
05/08	

Date	Heure
12/01/2022	Sociale
N° 718	Maarif
05 22 99	26 / 01



Manzah1 Angle Rue Socrate et Rue
Attabari N° 7/8 - Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 99 26 78
Gsm: 06 79 83 34 04
E-mail: centrekineska@gmail.com



- Kinésithérapie
- Amincissement
- Nutrition
- Bien être



Tél: 05 22 99 26 78
Gsm: 06 79 83 34 04
E-mail: centrekineska@gmail.com