

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0027063

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2321 Société : 132965
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHOUINI MOHAMED
Date de naissance : 01-01-52
Adresse : HAY BOUGHAZ RUE N°6 TANGER
Tél. : 0624380187 Total des frais engagés : 2250 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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

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

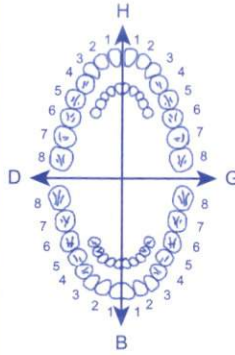
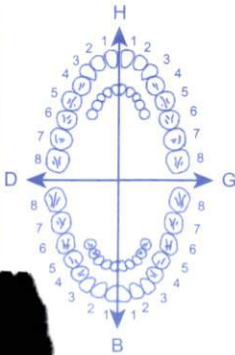
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Youssef Traqi kinésithérapeute Florancia Rue Bab el Bhar - Tanger Fix : 05 39 35 73 55	31/10/2022					15 x 150 DH = 2250 DH

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
00000000 35533411	00000000 11433553														
B															
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>											
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>											

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE
PHYSIOTHÉRAPIE ET
AMINCISSEMENT

Kiné
Iraqi

مركز الترويض
الطبي الفزيائي
و التنحيف

Facture :/2022

Tanger le : 31/10/2022

Patient : KRIBECH FATMA.

Désignation	Qté	Prix U.	Montant
Prise en charge kinésithérapique pour une rééducation - la main.	15 séances	150 DH	2250 DH
Total			2250 DH
Deux mille deux cent cinquante dirhams.			

Signature
Yousra Iraqi
kinésithérapeute
Rue Rahal Ben Ahmed N° 24 - Tanger
Fix : 05 39 35 13 55

CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE
PHYSIOTHÉRAPIE ET
AMINCISSEMENT

*Kiné
Iraqi*

مركز الترويض
الطبي الفزيائي
و التنحيف

Tanger le : 31/10/2022

Patient : KRIBECH FATMA

Tableau des séances

Séance	Date	Prix
1	26/09/2022	150 DH
2	28/09/2022	150 DH
3	30/09/2022	150 DH
4	03/10/2022	150 DH
5	05/10/2022	150 DH
6	07/10/2022	150 DH
7	10/10/2022	150 DH
8	12/10/2022	150 DH
9	14/10/2022	150 DH
10	17/10/2022	150 DH
11	19/10/2022	150 DH
12	21/10/2022	150DH
13	24/10/2022	150DH
14	26/10/2022	150DH
15	28/10/2022	150DH
Montant globe		2250DH

Signature

Yousra Iraqi
kinésithérapeute

Praticienne Rue Rahal Ben Ahmed N° 24 - Tanger
Fix : 05 39 35 13 55

Hay El Boughaz Rue Rahal Ben Ahmed N° 24 - Tanger

Tel : (+212) 539 35 13 55 - GSM : (+212) 622 26 27 20 - E-mail : yousra.iraqi@gmail.com

R.C : 104946 - IF : 15228895 - Patente : 50325176 - ICE : 0016589580000018