

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

ACCORD
ENTENTE PREALABLE : ACCORD (é)

Déclaration de Maladie

N° W21-652906

187558

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Cadre réservé au Médecin

Total des frais engagés :

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

ACCUEIL
MUPRAS
30 AOUT 2022

DOCTEUR Abdelaziz LAOBAOUI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Chirurgien de la Main et du Membre Supérieur
Chirurgien de la Cheville et Médecine du Sport
Dr Al Kabbaj Achab (ex Coiffeneur)
Tal 0522 47 17 07

BERNI HAI LOUADIA
AGE : 30
BORNALCIE ANCC SCAPULALEIC BIOMERILE
SAUF TRAUMATOLOGIE

Signature de l'adhérent(e) :

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) :

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
11/08/21	55		GRT	INP : 03028800 DOCTEUR M. Médecin traitant la Main et du Membraneux Achab (ex Conseil d'Etat) Tél 0522 47 17 07

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>ENTRE KINESITHERAPIE PALMIER</i> <i>9 Rue Souleyet - Casablanca - Maroc</i> <i>N° 40 Palmier Casablanca S</i>	<i>08.05.22</i>	<i>Zouhdim</i>				<i>3000dh.</i>

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.															
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p>	<p>Nature des Soins</p>	<p>Coefficient</p>	INP : <input type="text"/>											
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>															
	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p>														
	<p>H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>G</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552													
	00000000	00000000													
	D														
	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<p>B</p>														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>															
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>															



CENTRE KINÉSITHÉRAPIE

PALMIER

Casablanca le: 15.08.22

Devis pour entente préalable

Facture n°.....

AT n° :

Date de l'AT: 15.08.22

Nom et prénom du patient: M^{me} BERNICH LASSINA

Assurance / mutuelle: MU PRAS

Date de la prescription: 15.08.2022

Médecin traitant: Dr. LAFIBI

Pathologie: Lombalgie avec scapulalgie bilatérale sur scolio

Calendrier des séances

1	11	21
2	12	22
3	13	23
4	14	24
5	15	25
6	16	26
7	17	27
8	18	28
9	19	29
10	20	30

Nombre des séances	Tarif unitaire hors TVA	Montant global hors TVA
20 séances	150dh/s	3000 dh

A Arrêtée la présente facture à la somme de :

trois mille dix ans

Cachet et signature

CENTRE KINÉSITHÉRAPIE PALMIER
Ang Rue Sidi Abdellah 22222 bounaim
N° 50 Palmier Casablanca

CENTRE KINÉSITHÉRAPIE

PALMIER

Casablanca le: 02-11-2022

 Devis pour entente préalable Facture n°.....

AT n° :

Date de l'AT :

Nom et prénom du patient : M. LWBNA. BERNichi

Assurance / mutuelle : MyP.R.A.S.

Date de la prescription : 11-09-2022

Médecin traitant : Dr LAQBAQBI

Pathologie :

Calendrier des séances

1	02 - 09 - 2022	11	12 - 10 - 2022	21
2	05 - 09 - 2022	12	14 - 10 - 2022	22
3	07 - 09 - 2022	13	14 - 10 - 2022	23
4	21 - 09 - 2022	14	19 - 10 - 2022	24
5	26 - 09 - 2022	15	21 - 10 - 2022	25
6	29 - 09 - 2022	16	24 - 10 - 2022	26
7	30 - 09 - 2022	17	26 - 10 - 2022	27
8	03 - 10 - 2022	18	28 - 10 - 2022	28
9	05 - 10 - 2022	19	31 - 10 - 2022	29
10	07 - 10 - 2022	20	02 - 11 - 2022	30

Nombre des séances	Tarif unitaire hors TVA	Montant global hors TVA
20 séances	150 dh / s'	3000 dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

...ttes... mittes... dr...ha...s

Cachet et signature:

CENTRE KINÉSITHÉRAPIE

40, Soraya ibnou Zounim

Palmier Casablanca

0520 138 606 / 0614 888 867

40 soraya ibnou zounim palmier Casablanca / Tél.: +212 5 20 13 86 06 / +212 6 14 80 80 67

Ice: 002492107000071 - IF: 47339714 - Patente: 34796395 - Mail: centre.k.palmier@gmail.com

Docteur ABDELAZIZ LAQBAQBI

Doctorat d'état français en médecine

Ancien interne de régions sanitaires de Reims

Ancien assistant des hôpitaux

Ancien attaché au C.H.U de Reims

Chirurgien orthopédiste et traumatologue

Chirurgie de la main et du membre supérieur

Biologie et médecine du sport

Membre Titulaire du collège français

Des chirurgiens orthopédistes et traumatologues

Je soussigné, Docteur ABDELAZIZ LAQBAQBI, certifie que l'état de

santé de M..... *BERNICHT LOUBNA*

Nécessite..... 20..... séances de rééducation du rachis
lombaire, 4 séances par semaine.

Motif : Lombalgie chronique..... avec scoliose ^

Scoliose sur scoliose de 30°

Recommandations particulières :

- Physiothérapie.
- Développer l'autocontrôle postural et le verrouillage lombo-pelvien en lordose réduite.
- Renforcement musculaire isométrique lombaire et abdominal coucher, assis et debout. Massages. Chaleur locale

Renforcement des muscles par les exercices dans l'eau, et muscles de soutien de la colonne

Casablanca, le.....

01/08/2002



6, rue Abou Al Kacim Achabi Gauthier 20 060 Casablanca - MAROC

Tél : 05 22 47 17 07 - Fax : 05 22 48 44 76

DOCTEUR Abdelaaziz LAQBAQBI
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Chirurgie de la Main et du Membre Supérieur
C.E.S. DE Biologie et Médecine du Sport
6 Rue Abou Al Kacim Achabi Gauthier Casablanca
Tél : 05 22 47 17 07