

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.

N° W21-762694

131003

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11453			
Société : R A M			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : BAABI SouFIANE			
Date de naissance : 12/07/1976			
Adresse : Angle Avenue ALmodawama et Bd 08 Juillet Zéridelce HABA Imm B N° 111			
Tél. 06.61.20.80.99 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Age:

Lien de parenté :

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 :

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 Medecin attestant le Paiement des Actes
			INP : 	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

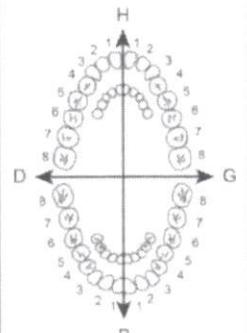
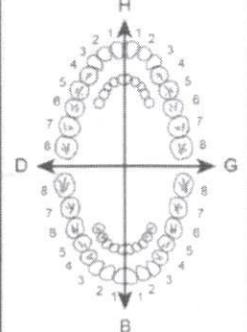
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
EL MESSAOUDI YOUSSEF Kinésithérapeute Imm. Ifrane N° 23 - 2 ^{ème} Etage Rue Med Ich - Ansernat - Agadir Tél: 05 28 22 31 81	26/12/22			FACT		# 2250,00 DHS

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

 <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>													
<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				25533412	21433552	00000000	00000000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	00000000	00000000	35533411	11433553	 <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
00000000	00000000													
35533411	11433553													

C

CLINIQUE DES PRINCES

M. Sufian Bachir

Docteur :

Casablanca Le :

05/09/92

Je veux une consultation d'Anesthésie

dt op

→ Kesi (W) = au Jeune

Dr TAJRI Med
Anesthésie - Déshabillage
CLINIQUE DES PRINCES
14, Rue Omar Slaoui - Casablanca
INPE 091132837



AGADIR LE : 26/12/2022

FACTURE N° 100/22

Mr : BAABI SOUFIANE

15 Séances x 150 = 2250 Dirhams.

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

Deux Mille Deux Cent Cinquante Dirhams.

EL MESSAOUD YOUSSEF
Kinésithérapeute
Immeuble Ifrane 2 ème Etage
Rue Mohamed Ikbal Amsernat - Agadir
Tél : 05 28 22 31 81



AGADIR LE : 26/12/2022

Mr : BAABI SOUFIANE

Nombre des séances	Date
1	26/09/2022
2	28/09/2022
3	30/09/2022
4	03/10/2022
5	05/10/2022
6	07/10/2022
7	10/10/2022
8	12/10/2022
9	14/10/2022
10	17/10/2022
11	19/10/2022
12	21/10/2022
13	24/10/2022
14	26/10/2022
15	28/10/2022

EL MESSAOUD YOUSSEF
Kinésithérapeute
Imm. Ifrane 2 ème Etage
Rue Mohamed Ikbal Amsernat - Agadir
Tél : 05 28 22 31 81