

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0008440

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9684 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BAJJAJI Abdelaziz
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : 0661325255 Total des frais engagés : 600,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/11/2019
 Nom et prénom du malade : ARRAS Samira Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Tendinite de l'infirmité 9-
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 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 : CASA Le : 09/11/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible]

	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes

[illegible][illegible]

CENTRE LAGHZAQUIAIRE MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Lecteur	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
			PC	IM	IV	
9-11-22 72, Pl. C. de la Sablanca an. rto. T-1: 05 22 98 52 85	22-11-22	AM	9	5	2	10x1500 10000
22-11-22	22-11-22	AM	9	5	2	10x1500 10000

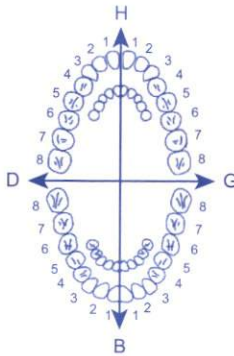
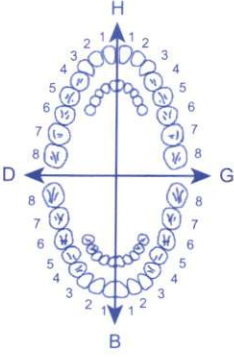
[illegible]

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 style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>									
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>								
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>								
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>									
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D G		00000000 35533411	00000000 11433553	B
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D G												
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>									
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>									
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; margin-left: 10px;" type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 09.11.22

Docteur :

M^{me} ARAAS Sana
10 jours de médication
de l'école G^{re}
(conduite de l'école)
Dysorthographe + Émission
travail de mots abstrus

CENTRE LAGHAOUI
Kiné et Bien-Être
de la Division Leclerc
72, Place de l'Oasis - Casablanca
Tél : 05 22 98 32 85

DR. DORAID BEN ABDELKADER
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
7, Rue Mohamed VI - Casablanca
Tél : 05 22 45 05 05 / 06 61 20 09 41

Centre LAGHZAOUI

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSEMENT RELAXATION

Casablanca, le

FACTURE

Concernant : M *ARRAS Saoua*

Mme AMINA LAGHZAOUI vous présente ses compliments et vous prie de

Trouver ci-dessous sa facture pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

Rubrique	code	Nbr U.	P.U	Total
Séance rééducation	AMM 9+5/2	<i>4</i>	<i>x 150</i>	<i>= 600</i> DH

TOTAL DEVIS : *= 600* DH

Arrêté le présent facture à la somme de

six cent dix
calendrier des séances :

- 15-11-12

- 17-11-12

- 21-11-12

- 24-11-12

CENTRE LAGHZAOUI
Kiné et Bien-Être
72, Place de la Division Leclerc
Oasis - Casablanca
T : 05 22 98 32 85

CENTRE LAGHZAOUI
Kiné et Bien-Être
72, Place de la Division Leclerc
Oasis - Casablanca
T : 05 22 98 32 85

CENTRE LAGHZAOUI- 72 Place de la Division Leclerc- Oasis-CASABLANCA

Tel : 0522983285/ GSM : 0606445737 - RC269863 - CNSS : 9304388 - Patente : 34891173-ICE : 000160843000026

Casablanca, le 9.11.22

DEVIS

Concernant : M. ^{Mme} ARRAS Samia

Melle AMINA LAGHZAOUI vous présente ses compliments et vous prie de
Trouver ci-dessous son devis pour le traitement de rééducation qui vous a
Eté prescrit :

10 séances de rééducation :

Rubrique	code	Nbr U.	P .U	Total
Séance rééducation	AMM 9+5/2	10	x 15	= 150 DH

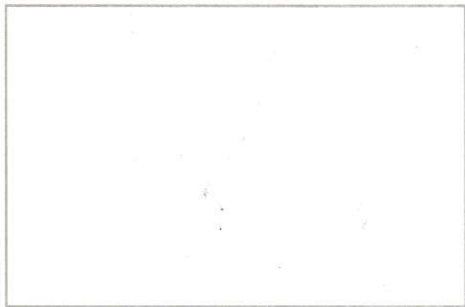
TOTAL DEVIS : = 150 DH

Arrêté le présent devis à la somme de :

mille cinq cent dix

CENTRE LAGHZAOUI
Kinect Bien-Etre
72, Place de la Division Leclerc
Eto. 100 - Oasis - Casablanca
Tel : 05 22 50 52 85

Cachet



Centre LAGHZAOU

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSEMENT RELAXATION

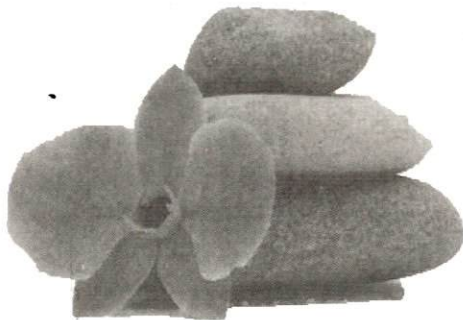


05 22 98 32 85
06 06 44 57 37

E-mail : Centrelaghzaoui@hotmail.fr

Centre LAGHZAOU

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSEMENT RELAXATION



DATE	HEURE
1 15.11.22	14h
2 17.11.	11h
3 21.11	17h
4 24.11	9h
5 27.11	14h
6 28.11	14h
7	
8	
9	
10	

DATE	HEURE
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

DATE	HEURE
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	

IMPORTANT !

EN CAS D'EMPÊCHEMENT, PREVENIR AU MINIMUM 48 HEURES À L'AVANCE