

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

153127

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12712

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dr. A. Z. L. S. I. A.

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661078530

Total des frais engagés : 1000 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

CASA BLANCA

Le : / /

08/03/23

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

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

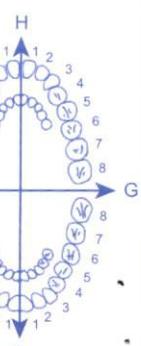
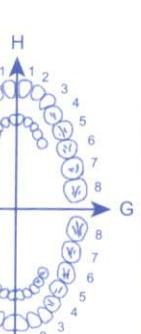
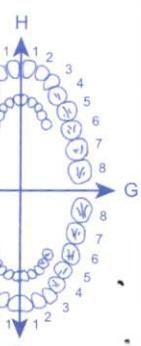
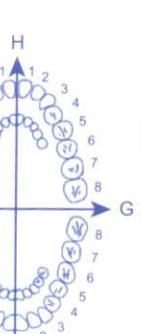
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
REEDUCA & FIT Sarl. Rue George Sand Imm 308/03223 n°4 1er Etage Casablanca Tél: 06-74-39-86-22	Fracture 20/03/2013	AMM 9	+ 5	<u>2</u>		112 x 202 DHS = 2200 DHS

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CALENDRIER

Ilyas Sembali

1^{re} séance : 18/02/2023

2^{re} séance : 20/02/2023

3^{re} séance : 25/02/2023

4^{re} séance : 31/02/2023

5^{re} séance : 03/03/2023

6^{re} séance : 08/03/2023

7^{re} séance : 15/03/2023

8^{re} séance : 04/03/2023

9^{re} séance : 06/03/2023

10^{re} séance : 08/03/2023

REEDUCA&FIT Sarl.Au
Rue George Sand Imm 3
n°4 1er Etage - Casablanca
Tél: 06-74-39-86-22

Adresse : 3 Rue Georges Sand, étage 1 N° 4, Val Fleuri - Casablanca Maroc
Tel : 0674398622 Email : reeducaetfit@gmail.com
Rc : 459795 Patente : 34796062 ICE : 002319241000007 IF : 37682028

Natik Hachar



Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle

Note D'honoraire

REEDUCA&FIT Sarl.Au

Rue George Sand Imm 3
n°4 1er Etage - Casablanca
Tél: 06-74-39-86-22

DEVIS

Casablanca le : 08/03/2023

Concernant : Ilyas Semlali

Rèeduca&Fit vous remercie pour votre confiance et vous prie de trouver ci-dessous le détail du devis pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

REEDUCA & FIT

.....12..... séances de rééducation.

Séances de rééducation AMM 9.45

Total à payer :108.000 DHS.....=.....108.000 DHS.....

Arrêtée le présent devis à la somme de : dix mille dirhams...

REEDUCA&FIT Sarl.Au
Rue George Sand Imm 3
n°4 1er Etage - Casablanca
Tél: 06-74-39-86-22

Adresse : 3 Rue Georges Sand, étage 1 N° 4, Val Fleuri - Casablanca Maroc

Tel : 0674398622 Email : reeducaetfit@gmail.com

Rc : 459795 Patente : 34796062 ICE : 00231924100007 IF : 37682028