

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-784972

151463

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1397</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>Elou Ksini NAJIA Ep JAHRI</u>			
Date de naissance : <u>15 04 57</u>			
Adresse : <u>83 Rue Moussema bniou Naceur</u>			
Tél. : <u>0661623101</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

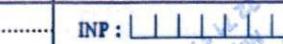
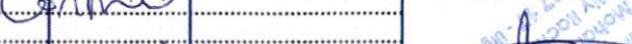
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>27/01/23</u>	
Nom et prénom du malade : <u>Ksini NAJIA</u> Age : _____	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Doulou</u> <u>convic de l'isola</u>	
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 : Elou Ksini Le : 25 AVR 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Elou Ksini

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
27/12/23	Centrale			INP : 
				

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



Kinézyhas

kinésithérapie amincissement bien être

Casablanca, le 17/04/2023

CALENDRIER DES SEANCES

NOM : KSIMI

PRENOM : NAJIA

SEANCE DE : REEDUCATION

NOMBRE: 10 SEANCES

A RAISON DE : 2 SEANCES PAR SEMAINE

N° DE SEANCE	DATE DE LA SEANCE
1	21/02/2023
2	23/02/2023
3	27/02/2023
4	09/03/2023
5	16/03/2023
6	22/03/2023
7	24/03/2023
8	10/04/2023
9	13/04/2023
10	17/04/2023

CENTRE KINEZYHAS S.A.R.L
Angle Bd. Tantan et Rue 25 AN
Rés. Alioth 3 RDC Appt. N° 2
Bourgogne Casablanca
Tél /Fax : 05 22 39 69 69
Email : centrekinezyhas@gmail.com



Kinézyhas

kinésithérapie amincissement bien être

Casablanca, le 17/04/2023

FACTURE N°024/2023

NOM : KSIMI

PRENOM: NAJIA

SEANCE DE : REEDUCATION

NOMBRE: 10 SEANCES

A RAISON DE : 2 SEANCES PAR SEMAINE

DATE DEBUT : 21/02/2023

DATE FIN : 17/04/2023

NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	TOTAL
REEDUCATION	10 séances	150.00	1 500.00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS.

CENTRE KINEZYHAS S.A.R.L
Angle Bd. Tantan et Rue 25 AN
Rès. Alioth 3 RDC Appt. N° 2
Bourgogne - Casablanca
Tél /FAX : 05 22 39 69 69
Email : centrekinezyhas@gmail.com

N° Dossier: 151463 

N° Dossier externe: ACC-1397-01/03/2023

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: KSIMI NAJIA

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 01-03-2023 

Date de fin: 01-03-2023 

Date de saisie: 01-03-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants

Date	Type	Commentaire
02-03-2023	Manuel	OK 15 séances de rééducation Dr cervcodorso lombaire