

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

9450

Matricule : Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BEN CHEIKH Wahib

Date de naissance : 26.08.1955

Adresse : Résidence 38Nai Kouta Rue souk

Tél. 0661 18 11 87 Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

0522 25 76 02 / 04

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : **DOCTEUR LAHOU LARBI**
8 AVR. 2023

Date de consultation : 16/03/2023

Nom et prénom du malade : M BEN CHEIKH EL ATMANI Wahib

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : AFFECTATION RHEUMATIQUE MALE

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 : CASABLANCA Le : 18/04/2023

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 Parfait Exécution des Actes
26/3/23	CS	C2	C.G	<i>Docteur LAHLOU - Radiologue - Podologue - Médecin - 400, Bd Brahim Kasabla - 22/02/2023</i>

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Facture 28/04/2023	100,00€ x 200 DH = 2000,00 DH					

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"/>
<img alt				

N° Dossier: 155833  

N° Dossier externe: ACC-09450-03/04/2023

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: BENCHEIKH ELATMANI MOHAMED WAHIB

Situation: Notifié 

Sous-situation: --- 

Date de début: 03-04-2023 

Date de fin: 03-04-2023 

Date de saisie: 03-04-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

 Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
04-04-2023	Manuel	ACC 10 SEANCES KINE

مركز أكشود للترويض الطبّي

CENTRE AKACHOUD DE KINÉSITHÉRAPIE

Kinésithérapie

Physiothérapie - Amincissement

L'Accupuncture - Cupping Thérapie

Suivi Nutritionnel

الإخلاصادي في ترويض الطبّي

العلاج الفزائي - تخسيس الوزن

المجامدة الطبية

العلاج بالوخز بالإبر الصينية

مراقبة التغذية - نصائح غذائية

ICF: 001923382000061

Casablanca le: 28/04/2023

Facture N°: 35 80 26 20

Pour 10 séances de rééducation fonctionnelle adressée

Mr Bencheikh El Atmani Mohamed wahib

Sur ordonnance du Docteur Lahcen Laïla

Soit de 10 séances x 200 DH = 2000,00 DH

- Calendrier de séances :

1/5/04/2023

14/04/2023

2/7/04/2023

Avec mes remerciements:

3/10/04/2023

4/12/04/2023

5/14/04/2023

6/17/04/2023

7/19/04/2023

8/24/04/2023

9/26/04/2023

Centre AKACHOUD
22 Bd.yaâcoub El Mansour Espace El Mansour
1er Etage Appt.N°9 - Tél : 0522 25 91 17 - GSM : 06 74 99 55 57