

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0060431

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03572 Société : 155639
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MESDAR Mohamed Hamid
 Date de naissance : 05/12/1951
 Adresse : Bd. Mohamed VI Résid. Les Jardins Andalous
 MALABATA - TANGER
 Tél. : 0660 01 0920 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : MARRAÏE Bouchra Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ 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 19/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible]

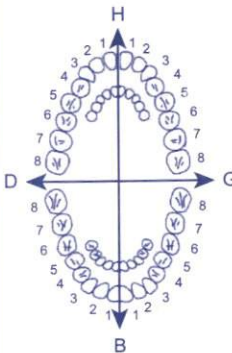
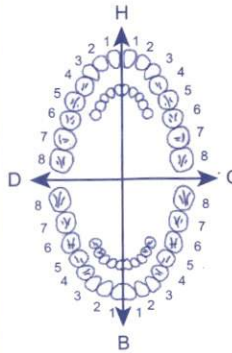
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Salim CHEGROUNI Kinésithérapeute – physiothérapeute Rue Ain Rahma lot Nassim – ELJADIDA Tel : 0523395831 / GSM : 0633767517	19/01	AMM	12	150	12000	
	02/02	12	12	12	12000	

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													
				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															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SALIM

Salim CHEQROUNI
Kinésithérapeute

Spécialiste en Traumatologie
Rhumatologie - Neurologie - Kiné respiratoire
Physiothérapie - Hijama

سليم شقروني
مروض طبي

أخصائي في العظام - العظام والكسور
الروماتيزم - الجهاز العصبي - التنفسي
العلاج الفيزيائي - الحجامة

El jadida le 10/05/2017 الجديدة في 10/05/2017

FACTURE

Nom : MAAROUF

Prénom : BOUCHA

Pathologie : lumbalgie

Nombre de séances : 12

Prix de la séance : 15000

Montant global : 180000

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Millier cent dix

Salim CHEQROUNI Signature

Kinésithérapeute - physiothérapeute
Rue Ain Rahma Lot Nassim - ELJADIDA
Tel : 0523395831 / GSM : 0633767517

26 زنقة عين الرحمة تجزئة النسيم 2 الجديدة
26 Rue Ain Rahma Lot Nassim 2 - El Jadida
Tel : 0523 39 58 31 GSM : 0633 76 75 17

Vos prochains rendez-vous

Vos prochains rendez-vous

Jour	Date	Heure
12/04	2013	14h30
14/04	2013	12h30
16/04	2013	11h30
18/04	2013	11h30
21/04	2013	12h30
24/04	2013	1h30
28/04	2013	1h30
30/04	2013	1h30
01/05	2013	1h30
06/05	2013	1h30

[illegible]

En cas d'empêchement prière de prévenir à l'avance



سليم شقرونى
مروض طبي

Salim CHEQROUNI
Kinésithérapeute

Spécialiste en Traumatologie

Rhumatologie

Neurologie

Kine respiratoire

Physiothérapie - Hijjama

أخصائي في المفاصل

العظام والكسور

الروماتيزم - الجهاز العصبي

التنفسي

العلاج الفيزيائي - الحجامة



26 زنقة عين الرحمة تجزئة النسيم 2 - الجديدة

26 Rue Ain Rahma Lot Nassim 2 - El Jadida

☎ 0523 39 58 31 ☎ 0633 76 75 17