

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0610

Société : R.A.J

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TOUHADI ALI

Date de naissance : 01-01-1946

Adresse : Hy 1y Rechrid rue n° 10 CASA

Tél. : 06 69 24 98 18

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

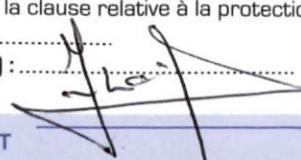
Nature de la maladie :

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 : CASA Le : 01 NOV. 23
Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0059006

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Practicien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ELWASSIA ABDERRAHMANE KINESITHERAPEUTE CPK	01/11/2023					10000DA

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient des travaux
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	G			
	B			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SALWA ABDELKHALEQ
Chirurgien Dentiste
Dentisterie Esthétique
Diplomée de la F.M.D.C



الدكتورة سلوى عبد الخالق
طبية جراحة الأسنان
طب الأسنان التجميلي
ذرية كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Fait à : Casablanca Le 12/06/2023

Non & Prénom : Souadji FATHIMA

A Monsieur le Dr Mustapha BELABBES

Kinésithérapeute Posturologue Spécialiste

Rond-point d'Europe 4 rue de berne

Résidence Tilila 6eme étage Casablanca

GSM : 07.01.57.01.55

Cher confrère

Prière de prendre en charge Mr/Mme :

Qui présente :

DDR :

DDI :

LIMITATION D'OUVERTURE À :

CONTRACTURES MUSCULAIRES :

Nous suggérons : 10 séances pour cette prise en charge.

Cordialement

Signature : Dr. SALWA ABDELKHALEQ

117, Rue Ibnou Mounir, Résidence Azzarka 1er étage, N°8
Casablanca
Dentiste
Centre Dentaire
Dr. SALWA ABDELKHALEQ

111، زنقة ابن منير، إقامة الزرقاء، الطابق الأول - الشقة رقم 8 - المعاريف الدار البيضاء

117, Rue Ibnou Mounir, Résidence Azzarka 1er étage, N°8
Maarif - Casablanca Tél.: 0522 25 81 26 - 0677 04 71 04



CENTRE MAROCAIN DE POSTUROLOGIE ET DE KINESITHERAPIE

Casablanca, le 1/11/2023

NOM et Prénom : Oualiji Fatima

Facture n° : 1



DIAGNOSTIQUE	Nbr de séances	PU	TOTAL
<u>Rééducation</u> <u>ATM</u>	<u>5</u>	<u>200DH</u>	<u>1000DH</u>
<u>TOTAL TTC</u>			

Arrêté la présente facture la somme de :

Mille Dirhams



CENTRE MAROCAIN DE POSTUROLOGIE ET DE KINESITHERAPIE

Adresse : Ron point d'Europe, 4 Rue de Berne, Résidence Tilila 6eme étage

(À côté de la clinique la source) - Casablanca

ITP: 36340857 - ICE: 00259977900017 - IF: 45981072

Tel: 07 01 57 01 55 / E-mail: belabbeskine@hotmail.fr

Calendrier des séances..

04/10/2023

06/10/2023

09/10/2023

12/10/2023

16/10/2023

19/10/2023

23/10/2023

26/10/2023

30/10/2023

01/11/2023

