

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-832403

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 93041 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL HADY MEDOU Y^{ne} SENBAW ABDEWA
 Date de naissance : 21/01/1941
 Adresse : Habituelle
 Tél. : 0661 19 29 79 Total des frais engagés : 2400,00 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.

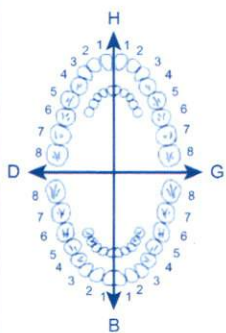
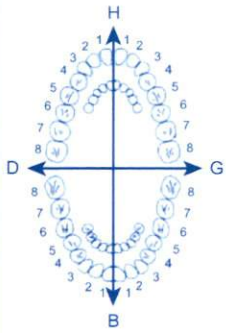
Fait à : Le : 15 / 01 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
		AM	PC	IM	IV	
	02/11/23		20			129,000
	28/11/23					2400,00

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
																											
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																						
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B										
	H																										
	25533412	21433552																									
	00000000	00000000																									
	D	G																									
	00000000	00000000																									
	35533411	11433553																									
	B																										
	<table border="1"> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td> </td> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
	(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																									
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Docteur Mohamed IDOUK

Diplômé en Gériatrie. Maladies des os et des

articulations université de BORDEAUX

Diplômé en médecine du sport Université de RENNES

Ostéopathie du mal du dos et des articulations



الدكتور محمد إيدوق

طبيب سابق بالقوات المسلحة الملكية

دبلوم أمراض الشيخوخة و المفاصل و العظام جامعة بوردو

دبلوم طب الرياضة جامعة رين

الوخز بالإبر و التقويم اليدوي لأمراض الظهر و المفاصل

17 9 001 2023

EL HADJ Youssef

2 séances de gymnastique
articulaire du cou et
du pectoral.

2 séances de Traction
et gainage du tronc
postérieur et abdominal.

HAIAT ABID
KINESITHERAPEUTE
24 r. Bir Anzarane - El Jadida
Tél : 06 87 07 52 52

Dr. Mohamed IDOUK
Médecine des Os et des Articulations
Médecine du Sport
Médecine des Personnes Agées
437, Av. Com. Driss Lharti Cité Djamaa

calendrier des séances de rééducation

- 1 - 02/11/23
- 2 - 03/11/23
- 3 - 07/11/23
- 4 - 09/11/23
- 5 - 11/11/23
- 6 - 14/11/23
- 7 - 16/11/23
- 8 - 18/11/23
- 9 - 21/11/23
- 10 - 24/11/23

- 1 - 02/12/23
- 2 - 12/12/23
- 3 - 14/12/23
- 4 - 16/12/23
- 5 - 19/12/23
- 6 - 21/12/23
- 7 - 23/12/23
- 8 - 24/12/23
- 9 - 26/12/23
- 10 - 28/12/23

(2023)

HAJAT ABID
KINESITHERAPEUTE
24 Bd. 6^{ème} Etage - El Jadida
Tel : 05 37 52 52

Centre de kinésithérapie Achifa

Kinésithérapeute : Abid Haiat

Facture

El jadida le : 25/12/23

Nom et prénom : M^{me} ELHADY MERYEM.

Diagnostic : Rééducation du rachis lombaire.

Date de prescription médicale	Acte	Nombre de séance	P.U.	Montant
19/10/23	AMM ₁₂	20 séances	120,000	2400,000

Arrêté la présente facture à la somme de : Deux mille quatre cent dinars.

Signé :

HAIA ABID
KINESITHERAPEUTE
24 Lot. Birzarane - El Jadida
Tél : 06.87.52.52

Identification fiscale : 40229771, patente : 43080846, INPE : 065037673EL

Compte bancaire: 190170211119511603001643, banque populaire :24 lot birzarane

Jadida ,Télé : 06.87.07.52.52

ICE : 002123583000056