

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.

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 : N° P19-0017890

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2343 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bachry Nostafa Date de naissance : 14.2.1951

Adresse : cité Alouatta 14860 n° 6 H7

Tél. 06 60 14 18 19 89 Total des frais engagés : 600 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SEFI Fakir 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 : Cozzi Le : 16.12.2011

Signature de l'adhérent(e) : CY

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 12.12.2023 | | | G | |
| 00 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-----------------------------------|--------|----|----|----|--------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| IT HMAD Fatima Ezzahra Kinésithérapeute Ecole El Manzah Rue 1 N° 12 Casablanca Tél: 0523 45 70 27 INPE: 065037913 | DU 15/12/2023 Au 25/12/2023 | | | | | 05 séances x 120 DTT = 600 DTT |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | CCEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|--|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| ODF PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| [Création, remont, adjonction] | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS |
| | H | 25533412 | 21433552 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 00000000 | 00000000 | |
| | | 35533411 | 11433553 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | DATE DE L'EXECUTION |



Casablanca le : 12/12/2013

Lettre de rééducation :

Identité : Seth Fatima

Age :

Pathologie : D. Dégénératif lombaire

Traitements : une facette 2,1 stérile

Protocol de rééducation :

- Nombre de séances : 15 séances
- Articulations : lombaire
- Protocole :

physio. .
Renf. .

📍 N° 427 Boulevard Souhaib Arroumi 1^{er} etage Sidi Bernoussi Casablanca
أمام الملاجئ الرئيسي لمستشفى المنصور

06 63 73 01 79 05 22 75 15 75 dr.abouchane@gmail.com
06 29 73 73 13



FACTURE

CENTRE DE KINESITHERAPIE ALMANZAH

Lotissement Almanzah Rue 1 N° 12 Casablanca

Tel : 0663467027

ICE: 002210626000011

IF: 33606556

N° DE LA TAXE PROFESSIONNELLE : 31900282

FACTURE N° 053/2023

DATE 27/12/2023

SEANCES DE REEDUCATION LOMBAIRE POUR RAIDEUR DEGENERATIF

PATIENT : MADAME SETTI FATIMA

NOMBRE DE SEANCES : 05 SEANCES

PRIX DE LA SÉANCE : 120 DH

MONTANT TOTAL : 600 DH

ARRETER DE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : SIX CENTS DIRHAMS.

AIT HMAD Fatima Ezzahra
Kinesithérapeute
Lot El Manzah, Rue 1 N° 12
Casablanca - Tel. : 0663 46 70 27
INPE. 065037913

CENTRE DE KINESITHERAPIE ELMANZAH

Lotissement Elmanzah Rue 1 N 12 Casablanca

Tel : 0663467027

ICE: 002210626000011

IF: 33606556

PATENTE : 31900282

Dates des séances de kinésithérapie

NOM DU PATIENT : MADAME SETTI FATIMA

NOMBRE DES SEANCES : 05 SEANCES

| | |
|-------------|------------|
| 1ère séance | 15/12/2023 |
| 2ème séance | 18/12/2023 |
| 3ème séance | 20/12/2023 |
| 4ème séance | 22/12/2023 |
| 5ème séance | 25/12/2023 |

AIT HMAD Fatima Ezzahra
Kinesithérapeute

Lot El Manzah, Rue 1 N° 12
Casablanca / Tél. : 0663 46 70 27

INSE. 065037913