

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0021702

☐ Maladie

☐ Dentaire

189335

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0610 - Société : RAM -

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUHADI ALI

Date de naissance : 01-01-1946 -

Adresse : 11 rue Rachid II rue 7 n° 70 Cas

Tél. 0669249858 Total des frais engagés : 1800 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 :

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 : Cas Le : 31 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-0021702

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 :

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
32/10/2024					
120.00x 15 AM = 1800 DA					
INPE = 06.50.54.298					

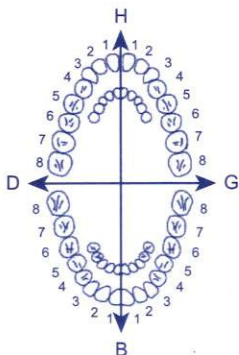
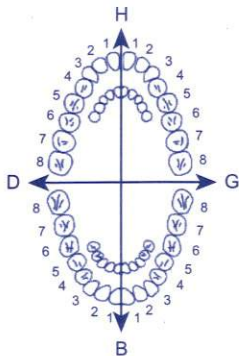
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> D G </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 100px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

B

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des Travaux

Montants des Soins

Date du Devis

Date de l'Execution

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

D

1

2

3

4

5

6

7

8

G

B

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Kinésithérapeute D.H.E.K
Rééducation fonctionnelle
Motrice et Respiratoire
Physiothérapie



هند الكلفي

دبلوم المدرسة العليا للترويض الطبي
أخصائية في الطب الجسماني
و العلاج الفيزيائي
حاصلة على دبلوم تخصص
ترويض تنفسي للأطفال و الكبار
دبلوم في الحجابة الطبية

Fracture

Sur Rendez-vous

Casablanca, le

13 1 0 1 2 0 1 4
 Add Allam 1 étage app. 01 - Casablanca
 Tél : 05 22 72 92 47 - Gsm : 06 79 77 26 21

Je soussignée **Mme Hind EL KOULFI**, Certifie que
 Mr. *qualifications* à subir *15* séances de
 rééducation *cheville*, sur indication du
 Docteur

et ceci à raison de 12.000 dirhams la séance

Total : 120.000 x 15 AMM = 1800 DH

Soit : $120 \dots 00 \dots \times 15 \text{ MM}$



Arrêtée la présente facture à la somme de : 1800 DH

Mme. Hind EL KHOULFI
Kinésithérapeute
43, Bd. Akil Hamou
Tél: 06 79 72 92 47 - Gsm: 06 79 77 24 02 - Casablanca

43، شارع عقيد العلام قرب (banque populaire) الطابق الأول شقة رقم 02 بورنازيل البيضاء
43, Bd Akid Allam 1 étage app 02 Casablanca - Tél.: 06 79 77 24 06 / 05 22 72 92 47

E-mail : hindelkoufi@hotmail.fr - N° de Patente : 32796220 - Id : 40227390

N° CNSS : 8633548 - ICE : ~~0000000000~~ 0004 269 71000070

N° Dossier: 189335 
N° Dossier externe: ACC-00610-04/01/2024
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: OUALIJI FATIMA
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 04-01-2024 
Date de fin: 
Date de saisie: 04-01-2024
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
04-01-2024	Manuel	OK 15 S KINE

Medecin :

N°	Jours	Dates	Heures	Type
1	Vendredi	05/11/2024		
2	Samedi	06/11/2024		
3	lundi	08/11/2024		
4	Mardi	09/11/2024		
5	Mercredi	10/11/2024		
6	Jeudi	11/11/2024		
7	Vendredi	12/11/2024		
8	Samedi	13/11/2024		
9	lundi	15/11/2024		
10	Mercredi	17/11/2024		

Traitement :

Nbre séance :

11	Vendredi	19/10/2024	
12	lundi	22/10/2024	
13	Mardi	24/10/2024	
14	Vendredi	26/10/2024	
15	lundi	29/10/2024	
16			
17			
18			
19			
20			

En cas d'empêchement, merci de prévenir 24 heures à l'avance

القوات المساعدة

قشلة

OSAKA

سناك أمين

سناك بونس

Auto route

حي عادل

العقيد العلام

Attijari
wafa banque

Banque
populaire

مركز الترويض
الطبي

pharmacie
Bassema

Café
Al Mohajir

Auto route



Mme Hind EL KOULFI
kinésithérapeute Physiothérapeute



M:

Qualifi

Centre
Bournazel

43 , Bd Akid Allam, 1er étage, APP 02 Banque populaire
Quartier Bournazel - Casablanca

Tél.: 05 22 72 92 47 - Gsm : 06 61 80 97 32