

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1854B

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3162

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHATIR MADIDA

Date de naissance : 18.08.53

Adresse : Rue de la Bd. Alexandria et Pasteur Rond

LENIA 3C CAGA

Tél. 06 59 60 918 1

Total des frais engagés : 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e)

Le : / /

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	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
12 - DR Kinesitherapeute AV. 2 Mars 35 Rue de Rome N° 35 Fdg 2 Casablanca INPE: 065047219 Tél: 0661 47 28 62 10522 82 15 87	31.01.24	15	ANNU	12		1800 F

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 185413
N° Dossier externe: ACC-03162-05/12/2023
Type de dossier: REEDUCATION
Bénéficiaire: KHATIB MAJIDA
Situation: Notifié
Sous-situation: ---
Date de début: 05-12-2023
Date de fin: 05-12-2023
Date de saisie: 05-12-2023
Évènement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date

11-12-2023

Commentaire

OK pour 12 séances de kiné pour entorse de l' cheville



Centre de Rééducation
KINEZ
Nezha Draidry

Facture N°07/2024

- Prénom et Nom : *Mme khatib majida*
- Désignation des actes suivant nomenclature : 15AMM
- Nombre de séances : 12
- Montant total des honoraires : 1800 DHS
- Arrêter la présente facture à la somme de : Mille huit cent dirhams
- Détails des séances :
 1. Le03-01-2024
 2. Le 08-01-2024
 3. Le 10-01-2024
 4. Le 12-01-2024
 5. Le15-01-2024
 6. Le 17-01-2024
 7. Le 19-01-2024
 8. Le22-01-2024
 9. Le 24-01-2024
 10. Le 26-01-2024
 11. Le 29-01-2024
 12. Le 31-01-2024

Casablanca le 31/01/2024

KINEZ SARL : Adresse 117 Av. 2 Mars Angle Rue De Rome
N .35 Etg 2 - Casablanca

KINEZ - DRAIDRY NEZHA
Kinésithérapeute
117, Av. 2 Mars/ Angle Rue de Rome
N° 35 Etg 2, Casablanca
Tél: 0661 472862/0522 821580

Tél : 05 22 82 15 80 E-mail : Nezhadraidy1@gmail.com
T.P. : 34 45 02 49 I.F. : 31 86 54 20 ICE : 002161702000013



Centre de Rééducation
KINEZ
Nezha Draidry

Devis N° : 2023

Nom et prénom : Rmme Khatibi Rajida

Diagnostic : Entrorse de FASCIALE cheville Gauche

Médecin Taitant : Dr. Sennoune Bilal

Désignation des actes suivant nomenclature : LIATIM

Nombre de séances : 12

Montant total des honoraires : 1800Dhs

Arrêter le présent devis à la somme de : Quatre mille huit cent
dix-huit dirhams

casablanca le : 06 - 12 - 2023

KINEZ SARL : Adresse 117 Av. 2 Mars Angle Rue De Rome
N .35 Etg 2 - Casablanca

Tél : 05 22 82 15 80 E-mail : Nezhadraidry1@gmail.com
T.P. : 34 45 02 49 I.F. : 31 86 54 20 ICE : 002161702000013

