

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

M22- 0027518

ACC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **3180** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABIRI Saïd

139283

Date de naissance : **05 M 52**

Adresse : **64 Rue Ezzizafour
30 LA GIRONDE CASA**

Tél. : **066 81 81 24** Total des frais engagés : **3 600 Dhs**

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : **16.10.2022**

Nom et prénom du malade : **Said SABIRI** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thyélite des ailes

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie **M22-0027518**

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 : **3180**
Nom de l'adhérent(e) : **SABIRI Saïd**
Total des frais engagés : **3 600 Dhs**
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

LISTE DES TRAITS 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
14/10/12	CS		9	Hôpital universitaire international d'ASMAA Pr. ASS. HASSAN ASMAA Neurologie 1183125

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	
	28/10/22	30 séances kiné 2 fois / sem				120 D.H x 30 3600 D.H

VOLET ADHERENT

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Coefficient des travaux

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

14/10/2022

R. SAID SARTI

hôpital universitaire international Cheikh Khalifa
PT. ASS. Néurologie
ASMAA

Patient âgé de 60 ans mini.
Méthyl-éthyl-éthyl (Isopropine inhalation?)

⇒ Rééducation Motrice
Marche et équilibre

N x 30 séances

(3 séances / semaine)

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

26/10/2022

Prendre RDV
nPR , Pr Fatimí

وصفة طبية

Ordonn.



2200574347 / H0122010856

PAYANT
Sexe: M

Casablanca, le : 14/10/2022

Prénom : SAID

Nom : SABIRI

DDN : 05/11/1952 E: 11/10/2022

Service : HDJ MEDECINE 1 (NA)

Myéloite dorsale / paraparé

→ renforcement Proas / Quadriiceps
→ Vérification au travail rotatif
avec un temps d'absence de marche
dans une posture fixe stable
30 secondes / ossature ferme

MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GRONDE CASABLANCA
TEL : 0521 54 30-10

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. et rec. 0122010856
Médecine physique et réadaptation
031037277



Cabinet Azzahraa

*Mme MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE*

Le : 20/10/2022

DEVIS n°82: 2022

Mr : SAID SABIRI

<i>NOMBRE DE SEANCES</i>	<i>PRIX</i>
30 Séances de rééducation	<i>3600dh</i>

Arrêtez le présent devis à la somme trois mille six cent dirhames.

*MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
2022*

*Cabinet Azzahraa
Résidence Mariya B- 2ème étage-n°47 angle rue Ifni et Bd la Gironde-Casablanca
Tél : 0522 54 30 16
Patente n° : 32605520 / ICE : 001825661000031 / IF : 15209874*