

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

M22- 0012658

14/5/64

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3106 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ima Moutal Zahra Ep. RIAN

Date de naissance : 11/7/1969

Adresse : Cte El Imane I Rue 11 N°25 - Casa

Tél. : 06 12 769782 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ghizlane LAHRACH
Médecin Spécialiste en Médecine du Sport
Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle
Déléguéation de la Santé Ain Chock

Date de consultation : 03/01/2013 Age : 71 ans

Nom et prénom du malade : MOUTAL Zahra

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hémiparésie gauche séquellaire

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 : Casablanca,

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/1/18/83

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0012658

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 : 3106

Nom de l'adhérent(e) : Moutal Zahra

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
09/07/2023	Consultation	1	60000	Dr. Ghizlane LAHRACH Médecin Spécialiste en Médecine du Sport Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle Délégation de la Santé - Ann. Crise

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px;">25533412 00000000 35533411</td> <td style="width: 50px; height: 50px;">21433552 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> <td style="width: 50px; height: 50px;"></td> </tr> </table> <p>G</p>			25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553			<p>Coefficient des travaux</p> <p>Montants des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p>
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553							
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Région Casablanca_Settat
Province Ain Chock
Hôpital Provincial
Mohamed Sekkat



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
جهة الدار البيضاء سطات
إقليم عين الشق
المستشفى الإقليمي
مستشفى محمد السادس السقاط

DEVIS EXAMEN

Identification:

Nom & Prénom: zohra moutal

Débiteur : PAYANT

CIN: b514676

Date Examen:

Actes:

Libelle	P.U	Quantité	Montant Ligne
REEDUCATION DE TOUT OU PARTIE DE PLUSIEURS MEMBRES, OU DU TRONC ET D'UN OU PLUSIEURS MEMBRES	40,00	15,00	600,00
Total:			600,00

Sang et divers:

Libelle	P.U	Quantité	Montant Ligne

Dispositifs Médicaux:

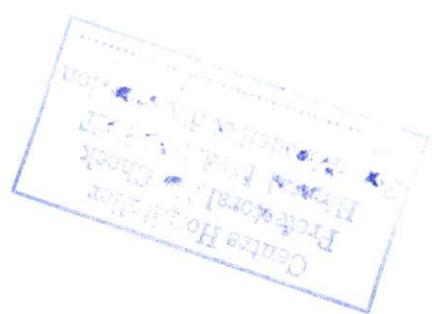
Libelle	P.U	Quantité	Montant Ligne

ZERO DIRHAMS

Ticket Modérateur : 0,00 DH

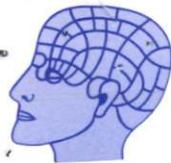
Montant Organisme : 600,00 DH

Fait à Ain Chock le 12/01/2023 14:57:48



Docteur Ilham e SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرابي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ
وأمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le

14/06/2022

Dr. Ilham e SLASSI
Professeur de Neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tel : 05 22 89 10 84
INPE : 91032458

MME MOUTAL ZOHRA

- Rééducation fonctionnelle motrice, proprioceptive et de l'équilibre

Renforcement du tonus axial: paravertébraux, Fessiers, Trapèzes, Sangle abdominale, Muscles extenseurs des MI. Travail de l'équilibre en appui bipodal face au miroir quadrillé, travail de l'équilibre à la marche , Adaptation postural dans le mouvement. 20 séances

Faire Draineage lymphatique
des fNI si pas de phlébitis
évolutive : vérifier écho doppler bleue
d NI

Dr. Ilham e SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tel : 05 22 89 10 84
INPE : 91032458