

RMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditnériales :

- Le servé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le servé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'enrable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extramultiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que les actes effectués en série.
- En cident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soin.

Pharma

- Les des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Poédicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiobiologie :

- La finsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être joindronnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un dentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la n.

Optique

- L'orce du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Réeduc

- L'enrable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de réens.
- Pouboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentair

- En prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obliavant le début de traitement.
- La floit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La rrès soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladiéction Longue Durée ALD et ALC :

- La ion de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 moi.

As Mails utiles

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Récn | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prisage | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adlt changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La MUPRA respecte la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

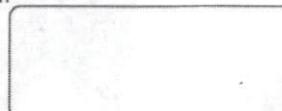
N^o D : N^o W19-419056

MFT

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	09364	Société :	d.a.h
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom :		ZAÏKH. OMAN	
Date de naissance :		29/02/1972	
Adresse :		03aïkh b rayâan manoc . com	
Tél. :	0661452445	Total des frais engagés :	# 3000,000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

NOUR ZAKH Age: 14

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 ci-dessous pli confidential à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis dans la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES HONORAIRES			
Dates et Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	INP :
.....	
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachignature du Laborat du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Car signature ticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>Azzza Boutayeb</i> Institut thérapeutique physiothérapeute id Abdelloumen 14 Nouvel Capital Center Tél: 0522 986 699-GSM: 0661 146 465 ICE: 00158350500055	FACTURE 07/18/19	AMM (20x N50,00)				3000,00 DHS

RELEVE DES FRAIS ET HONDAIBES

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.

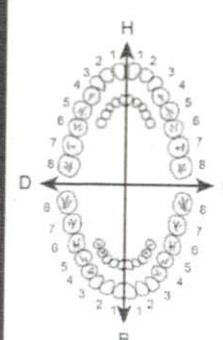
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
	R

[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

Aziza Boutayeb

kinésithérapeute - Physiothérapeute

Diplômée d'Etat

Ancienne Kinésithérapeute en Chef
du service Kinésithérapie
au CHU Ibn Rochd

بوطيب عزيزة

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

و المعالجة الكهربائية

رئيسة سابقا لقسم الترويض

الطبي بمستشفى

أبن رشد

Casablanca, le : 07 / 12 / 2019

Facture

N° 205

La somme de : Treize mille dirhams.

Pour une série de : 20 séances de : Rééducation

Fonctionnelle pour scoliose

Adressée à : ZAIKH NOUR

Durant la période du : 11/09/19 au: 07/12/20 19

Sur ordonnance du Docteur : REFAss Abdellahed

Aziza Boutayeb
kinésithérapeute-Physiothérapeute
Bd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center
Tél:0522 986 699-GSM: 0661 146 465
ICE: 001583505000055

Casablanca le 07/12/2019

Tableau récapitulatif des séances

ZAIKH NOUR

Numéro de séance	La Date	Signature
1	11/09/2019	Aziza Boutayeb Kinésithérapie-Physiothérapeute Bd Abdelmoumen 416 Anfa Capital Center Tel:0522 986 699-GSM: 0661 146 465 ICE: 001583505000055
2	14/09/2019	
3	18/09/2019	
4	21/09/2019	
5	24/09/2019	
6	28/09/2019	
7	02/10/2019	
8	05/10/2019	
9	12/10/2019	
10	19/10/2019	
11	26/10/2019	
12	30/10/2019	
13	02/11/2019	
14	13/11/2019	
15	16/11/2019	
16	20/11/2019	
17	23/11/2019	
18	30/11/2019	
19	03/12/2019	
20	07/12/2019	