

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

N° P19- 0044362

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

128391

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1421 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KETIAVI Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 57 66 73 Total des frais engagés :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044362

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][illegible]

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	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

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'exécution

H

1

2

3

4

5

6

7

8

1

2

3

4

5

6

7

8

D

8

7

6

5

4

3

2

1

B

G

8

7

6

5

4

3

2

1

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

Veillez 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	Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553 G			Montant des soins
	(Création, Remont, adjonction)			Date du devis
	Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de

Signature et cachet du praticien attestant le devis

Signature et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		W18-375934	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



W18-375934

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle	10/04/21
Nom & Prénom		KETANI Y-4	
Fonction :	Retraite	Phones	06 66 57 66 73
Mail	yketani@guant.com		

Signature de l'adhérent
Signature de l'adhérent

MEDECIN		Prénom du patient	
Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	Age	25.11.57
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident ou d'autres circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
Chirurgie Traumatisme - Orthopédie		5	6

PHARMACIE	Date	
Montant de la facture		
Signature et cachet du Pharmacien		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
CACHET			

AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	13/11/2019
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
ATM7			
		(150 x 15) 2250 dhs	

Signature et cachet du praticien attestant l'exécution

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

Soundous LAHLOU
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
33, Rue Abou El Hassan Sidi
Casablanca - Tél : 06 62 55 59 12

Casablanca, le : 26/09/19... في الدار البيضاء

Kettoni Tajeddine

Ectose de Cheille Rach

21 15 31 de l'ectose profonde
de Cheille Rach

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique - Orthopédique
21, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Cas
Tél/Fax: 05 22 94 59 45 GSM: 06 61 50 54 12

Diplômée de la Haute École Libre de Bruxelles - Ilya Prigogine

Diplômée de L'Université Paris V - René Descartes

Rééducation Fonctionnelle et Réhabilitation

Rééducation Oro-Maxillo-Faciale

Rééducation Uro-Gynécologique et Ano-Rectale

Drainage Lymphatique

Membre du Cercle d'Etudes et de Recherches en

Rééducation Oro-Maxillo-Faciale (CERROF)

Membre de l'Association Réseau Rééducation Périnéale et

Groupe de Recherche en Kinésithérapie Périnéale de France



خريجة المدرسة العليا الحرة ببروكسل - إيليا بريغوجين

خريجة جامعة باريس V - رينيه ديكارت

الترويض و التأهيل الوظيفي

ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه

ترويض المسالك البولية التناسلية و المخرج

التصريف اللمفاوي

عضو في دائرة الدراسات والأبحاث في

ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه (CERROF)

عضو في جمعية الشبكة و مجموعة البحث لترويض

المسالك البولية التناسلية و المخرج بفرنسا

Casablanca, le mercredi 10 décembre 2019

Facture

Je soussignée Madame Soundous LAHLOU, atteste avoir reçu pour honoraires la somme de 2250 dhs (deux mille deux cents cinquante dirhams) de la part de Monsieur KETTANI Taj-eddine au terme de 15 séances de rééducation fonctionnelle pour entorse de la cheville gauche.

Dates des séances :

09/10/2019	28/10/2019
11/10/2019	30/10/2019
14/10/2019	01/11/2019
16/10/2019	04/11/2019
18/10/2019	06/11/2019
21/10/2019	08/11/2019
23/10/2019	11/11/2019
25/10/2019	

Signature
Soundous LAHLOU
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
33, Rue Abou El Hassan Saghir
Casablanca - Tel: 06 62 56 59 82

LA MAISON DE LA RÉÉDUCATION

33 RUE ABOU EL HASSAN SAGHIR (RdC) – 20100 – MAÂRIF EXTENSION – CASABLANCA

TÉLÉPHONE : 05 22 25 56 55 / 06 62 55 59 82 – E-MAIL : LMDLR33@GMAIL.COM