

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

Nº P19- 0044362

Maladie

Dentaire

Optique

128391

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16121 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KETIA UI MED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66 57 673

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 la médecine 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Chet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Chet et signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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

SAGAN

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

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch, likely representing the upper arch, divided into four quadrants by a horizontal and vertical axis. The teeth are numbered as follows: Upper Left (Maxilla) teeth 1 through 8; Lower Left (Mandible) teeth 8 through 1; Upper Right (Maxilla) teeth 1 through 8; Lower Right (Mandible) teeth 8 through 1. The numbers are arranged in a sequence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

A ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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

Veuillez fournir une facture

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 Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution
HAUT					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
GAUCHE					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					
44					
45					
46					
47					
48					
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire			
		H	21433552		
D	25533412		00000000		
	00000000		00000000		
	35533411		11433553		
		G			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession					

Signature et cachet du praticien attestant le devis

Signature et cachet du praticien attestant l'exécution

VOLET ADHERENT NOM : Mme

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

Mme 10421

Nom & Prénom KETTANI Houda

Fonction : Retraite

Phones 06 62 366 73

Mail taykettani@gmail.com

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent Conjoint Enfant

Age 25.11.57 Date

Nature de la maladie chirurgie orthopédique

Causes et circonstances place des Iras Casablanca 0661 50 54 12 Date 1ère visite

S'agit-il d'un accident ?

Nature des actes : Témoignage

Nbre de Coefficient Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date :

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

AUXILLIAIRES MEDICAUX

Date : 13/11/2013

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM IV

AT777

(150 x 15)

2250 dhs

CACHET

Soundous LAHLOU

kinéspécialiste

32 Rue Abdellah Hassan

Casablanca Tel : 06 62 366 82

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام والمفاصل

Soundous LAHLOU
Kinéthérapeute - Physiothérapeute
39, Rue Abou El Hassan Sidi
Casablanca - Tel : 06 62 55 58 00

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

Kettani Tajebline

Entorse du poignet droit
de Cheville Gauche

A 15^e de l'incident sportif
du poignet droit
de Cheville Gauche

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique - Orthopédique
22, rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 39 45 GSM: 06 61 50 54 12

سندس لحلو

مروضة طبية و معالجة فيزيائية

SOUNDOUS LAHLOU

KINÉSITHÉRAPEUTE – PHYSIOTHÉRAPEUTE

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 للحرفة ببروكسل - إيليا بريغوجين

خريجة جامعة باريس 7 - رينيه ديكارت

الترويض والتأهيل الوظيفي

ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه

التصریف اللمفاوی

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
Kinéthérapeute / Physiothérapeute
33, Rue Abou El Hassan Sehîr
Casablanca
Téléphone : 05 22 25 56 55 / 06 62 55 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