

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

Reclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

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

A ce oral

Déclaration de Maladie : N° P19- 0024871

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 24.07 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : KAROUACHE Driss Date de naissance : 05/07/1971
Adresse :
Tél. : 0522 22 33 01 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. **Abdelkrim LARGAB**
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B, N° 258, Rue Mustapha El Maâni
Marrakech - Casablanca
TÉL : 05 22 20 45 45 (LG) - 05 22 22 33 01

Date de consultation : 23/07/2019

Nom et prénom du malade : Mr Karouache Driss Age :
 Lui-même Conjoint Enfant

Lien de parenté : Frère

Nature de la maladie : Lombalgie et fessier droit

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

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 : Maroc

Signature de l'adhérent

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 0024871

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 : 24.07

Nom de l'adhérent(e) : KAROUACHE Driss

Total des frais engagés : Dhs

Date de dépôt : Dhs

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
23/08/13			Gratuit	Pr. Abdelkrim TAKHAFOUT Spécialiste en Thérapeutique Urologie Bureau N° 1005, 1er étage, 11 Maârif Tel: 05 24 23 30 00
15				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire 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
		AM	PC	IM	IV	
23.07.2019.	23.07.19.		12	AMM	19	22x150 dhs = 1800 dhs mille huit cent dix-hans (Dix-hans)
 B. EL FILAU Hasnâa Kinésithérapeute 22 Rue Omar Slaoui Mers Sultaniyam B; RCC Casa Tél: 0522 22 22 27 IF : 14413548 - TP : 34200654						

* 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODD.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie

Ancien Chef du Service de
Traumatologie et Orthopédie 152
du Centre Hospitalo-Universitaire
Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous



الدكتور عبد الكريم العرڭاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل
بالمستشفى الجامعي
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

28/2/2019
الدار البيضاء

Pr. Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie
Bureau B, N° 258, Rue Mustapha El Maâni
Mers Sultan - Casablanca
Tél.: 05 22 22 33 00/Fax: 0522 22 33 01

KAROU ADEL E DR

Lamballe chirurgie
de la main en rapport avec
une fracture du poignet droit.

Brûlure 12% de corp
de nécessité de réhydratation
et de soins : 3h à la fin
- physiothérapie
- renforcement musculaire

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maâni - Mers Sultan - 20130 Casablanca

Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com

pour le Nachis.

Wally Lee

~~Pr. Abdellatif LARGAB
Spécialiste en traumatologie
Orthopédie
Bureau P, N° 438
Tél: 0522 22 33 00/Fax: 0522 22 33 01
M. S. Sultan, Casablanca~~

RON
Le 05. 09. 2019
à Marrakech

23/07/2019

DEVIS

NOM & PRENOM : MR KAROUACH DRISS

ASSURANCE/MUTUELLE : MUPRAS

SOINS : 12 séances de rééducation fonctionnelle

$12 \times \text{AMM9} = 12 \times 150,00\text{dh} = 1800,00\text{dh}$
TOTAL = 1800,00dh

Arrêté le présent devis à la somme de :

MILLE HUIT CENT DIRHAMS

BENABDELKRIM EL FILALI hasnâa
Kinésithérapeute

AMM9 : Acte de rééducation fonctionnelle.

ICE : 002175680000034


B.EL FILALI Hasnâa
Kinésithérapeute
22 Rue Omar Slaoui
Mers Soltane Imm BDC
Casablanca 0522 22 22 27
IF : 14413548 - TP : 34200656

