

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Education :

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

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 P19-0030205 **Accord**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2704 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HANABLI EL Bouazzzaoui

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662097928 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/2019

Nom et prénom du malade : HANABLI EL Bouazzzaoui

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fracture Cheville droite

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 : _____ Le : 16/07/2019

Signature de l'adhérent(e) : _____

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-030205

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

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/07/2019	G		G	DR. DENTISTE ABDELMALEK BEN YOUSSEF ANNEE 2019 ABDERRAHMANE BEN YOUSSEF ANNEE 2019

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
Adja GHOASSEUR Kinésithérapeute Angle Bd Bir Anzane N° 7 Tunis Télé : 22 22 22 22 22	10/07/2019	X				2000 X 1 = 3000
<i>Trois milliards</i>						

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

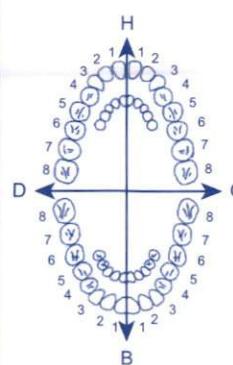
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX				
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	G	
	25533412	21433552		
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
MONTANTS DES SOINS				
DATE DU DEVIS				
DATE DE L'EXECUTION				

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Amine TAOUIK

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

Chirurgien de la main

Chirurgien de Sport et Chirurgie Prothétique

Diplôme d'Échographie Ostéo Articulaire et Musculaire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris VI

Ancien Résident à l'institut Français de Chirurgie de la main

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

الدكتور أمين توفيق

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

جراحة اليد و جراحة الرياضيين

تعويض المفاصل

دبلوم الموجات فوق الصوتية للعظام والمفاصل والعضلات

خريج كلية الطب بباريس

طبيب سابق بالمعهد الفرنسي لجراحة اليد بباريس

طبيب سابق بمستشفيات باريس

Casablanca ,le 10/07/2019 الدار البيضاء في :

M. HANNABALI EL BOUAZZAOUI

Fracture malléole externe cheville droite et marginale postérieure datant de 2 mois.

Actuellement oedème et douleur à la marche, la radio de contrôle ce jour ne montre pas de déplacement secondaire.

L'appui est autorisé ce jour.

Faire 15 séances de rééducations

Drainage et massage antalgique (+- PRESSOTHERAPIE), MTP doux.

Eveil des releveurs péroniers, triceps sural et jambier post

Assouplissement articulaire de la cheville en actif aidé.

Appui autorisé

Alternance de chaud et froid.

Khadija GHOUASSI PEREZ
Kinésithérapeute
Angle Bd Bir Anzarane et Ahmed Al Jouman
Résidence AYA 3eme Etage N° 7 - Casablanca
Téléphone : 0522 25 29 05

زاوية شارع عبد المؤمن و شارع أنوال رقم 1 إقامة عبد المؤمن (أديداس) الطابق الأول رقم الشقة 110
Angle Bd, Abdelmoumen - Bd, Anoual N°1 Résidence Abdelmoumen Centre (ADIDAS), 1er étage Appt n° 110

Tél.: 0522 864 777 - GSM : 0661 864 844 - الهاتف : E-mail : aminetaoufikortho@hotmail.fr البريد الإلكتروني :



Casablanca le : 19/07/2019

Devis N° D0028/2019

Prénom et nom	: El Bouazzani HANABLIT
Diagnostic	: Fracture malléole externe cheville droite. + maladie statat de 2 mois
Médecin Traitant	: DR Amine TAFFIK
Code des actes	: ATD1,2
Nombre de séances	: 15
Prix de la séance	: 200,00 DA
Montant Total	: 3.000,00 DA

Autéti le présent devis à la somme
de Trois mille dirhams.

*Khadija GHOUASSI PEREZ
Kinésithérapeute
Angle Bd Bir Anzarane et Ahmed Al Joumani
Résidence AYA 3ème Etage N° 7 Casablanca
Tél : 05 22 25 28 05 - GSM : 06 74 90 23 13
Patente : 35712170 - IF : 405014014 - ICE : 000118251000075*

Je soussigne HANABLI El Bouazzoui
Matricule 2704 déclare sur honneur d'avoir
glissé chez moi résultant fracture au niveau
du cheville de la jambe droite.

Signé HANABLI El Bouazzoui

qf Hz