

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.

Médecine 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

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



Un ACCORD à PEC

Déclaration de Maladie

N° P19- 066219

ACC Optique 38246 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3573 Société : AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBBATA Abdellahine

Date de naissance : 21.01.1952

Adresse : 25 Rue Abou Youssef El Magdeghli

La Villette Casablanca

Tél. : 06 83 98 10 73 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24.8.2020

Nom et prénom du malade : El Ouardighi Saoumia Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Lombosciatalgie

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-066219 Kme

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 : 3573

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés : 180.0

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
24/8/2020	Co	G	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Laila EDDAHI Kinéithérapeute - physiothérapeute BDJab tachfine Béz. Venis 2ème Mag Appt. 50mm 1 Casablanca Tel 05 22 62 47 65		15 AMPS				1800 Chèque N° 1500

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

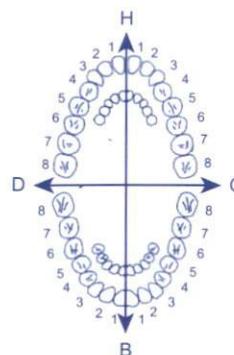
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

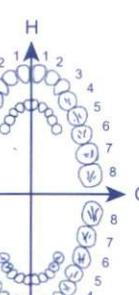
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p align="center">B</p>  <p align="center">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



24/08/2020

EL OUARDIGHI SOUMIA

Arthrose lombaire/ lumbosciatalgie

- Physiothérapie antalgique : infrarouges, massages décontracturants, neurostimulation transcutanée
- amincissement abdominal
- assouplissement des ischiojambiers

Puis

- Renforcement des muscles para vertébraux lombaires en isométrie, travail en délordose
- Renforcement de la sangle abdominale
- Apprentissage à l'auto verrouillage lombaire
- Initiation à l'autorééducation.
- Nombre de séances : 15 séances

Nawal Seknaji
Rhumatologue

مركز الترويض الطبي وتخسيس الوزن
CENTRE DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT

Laila EDDAHI

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Diplômée de ESK ET de

Guigek (MONTREAL-CANADA)



لily الداهي

مردضة طبية

خريجة الدراسة العليا للترويض الطبي

ومعهد كيبك للصحة المعاشرة

(مونتريال - كندا)

Casablanca, le 27/08/2020 الدار البيضاء، في

DEVIS N° 0000245

Je soussignée, Laila EDDAHI Kinésithérapeute ;

Nom et Prénom : H. EL OJAR Soumia

La Somme de : 18000 (120x150)

Pour 15 Séances de 100dh

(Mille et cinq cent Dirhams)

Signature

Laila EDDAHI
Kinésithérapeute - physiothérapeute
BD.Ibn Tachfine, Résidence Venis, 2ème étage
Appt 10 Imm.1 Casablanca
Tél 05 22 62 47 65