

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 rééducation.
- 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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° W21-680116

ACC

BOO

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

664

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SEBBAR FATIMA

Date de naissance :

01/01/1946

Adresse :

110 Bd Yaacoub el Mansour, n° 3, ANAS

Etage 3, Apt N° 6, Ménagier, Casablanca

Tél. : 06 65 62 22 00 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. IDOUCHACH Hassan
Rhumatologue Médecin du Sport
10 Avenue des F.A.R. Apt. 302
Casablanca

Date de consultation :

18/05/2012

Nom et prénom du malade :

SEBBAR FATIMA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

Affection Rhumatisme maladie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous 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 :

GA SA

Signature de l'adhérent(e) :

18/05/2012

Le : 18/05/2012

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-680116

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
RACHIDA AIT MEHDI Centre Kin'esiit Patern. 347 ICE : CC1875501600032	Devis 26/05/22			10 Seances	15000 HTG

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 de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																
				INP : <input type="text"/>																
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
<hr/>																				
D	G																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B																				
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

الدكتور حسن إدشاش

Docteur Hassan IDOUCHACH

RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes, (FRANCE)

خريج كلية الطب بنانت (فرنسا)

Ancien médecin au C.H.U. de Nantes

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بنانت

Ancien Rhumatologue à l'hôpital militaire Avicenne (Marrakech) اختصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا (مراكش)

Specialiste des :

- Rhumatismes
- Maladies des OS et articulations
- Maladies des muscles
- Maladies de la colonne vertébrale
- Podologie

اختصاصي في:

- الروماتيزم
- العظام و المفاصل
- الجهاز العضلي
- العمود الفقري
- امراض الرجل

10 cours du kinéthopie

Casablanca, le 18/5/22

SEBBAN Fatima

Compte de l'épouse Hassai

- rouge
- خضراء
- blanche

2 / 1 / 1

Dr. IDOUCHACH Hassan
Rhumatologue Médecin du Sport
10, Avenue des F.A.R. Appt. 302
Tél.: 022.27.81.81 - Casablanca



Centre Kin'Esprit

Kinésithérapie. Amincissement. Bien-être

Casablanca: 26/05/2022

DEVIS

Nom / Prénom du patient : Mme Sebbar Fatima

Médecin traitant : Dr. Idouchach Hassan

Nombre de séances : 10 séances

Prix de la séance : 150 dhs

Total : 1500 dhs

RACHIDA AIT MEHDI
Centre Kin'esprit
Patente : 34731700
ICE : 001875501000032

Arrêté le présent devis à la somme de : Mille cinq cent dirhams