

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES AIRE 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

- Reclamation : 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

M22- N° 001978

ACC

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11191

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHEHNAH Housine

Date de naissance : 16-12-1969

Adresse : imm.6 Res. MOUR el KIFOR NIE TRANCHE 3

APPT 3 Ain chock CASA

Tél. : 06 71 29-98-09 Total des frais engagés : 15.00 Dhs

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 : / /

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : / /

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 M22- N° 001978

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 : 11191

Nom de l'adhérent(e) : CHEHNAH

Total des frais engagés : 15.00 Dhs

Date de dépôt : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 rendement des Actes
25/05/22			6	Dr. JAKANI El Hassane Chirurgien-Orthopédiste Transtologique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
me Zohra LAZRAOUI KINESITHRAPEUTE D.E. Résidence Mouloudine Imm. 309 N° 1 Tel.: 05 22 66 57 38	18.3.11/05/22	15	AMM 9	9 2	15 x 100 DH =
					1500 DH

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

B		L'EXECUTION

الترويض الطبي المعالجات الكهربائية الموحدين Kinésithérapie Électrothérapie Al Mouahidine

الزهرة العدراوي
M^{me} Zohra LAADRAOUI



نادية شميشة
M^{me} Nadia CHMICHA

Kinésithérapeutes DE

Casablanca, le : 31/05/2022 الدار البيضاء، في :

DEVIS POUR ENTENTE PREALABLE

N° : 071/2022

Nom : M^{me} CHEHAAH Housseine

15 Séances de rééducation, massage et électrothérapie.
AMM 9 + 9/2

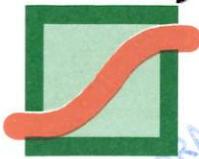
15 Séances x 100 DH, = 1500,00 DH.

Devis arrêté à la somme de :

Mille cinq cent dirhams

KINÉSITHÉRAPIE
ELECTROTHÉRAPIE
AL MOUAHIDINE
Immeuble N° 2 Résidence M^{me} Zohra LAADRAOUI
Téléphone : 05 22 66 57 38

Mme Zohra LAADRAOUI
KINÉSITHÉRAPEUTE D.E.
Résidence Al Mouahidine Immeuble N° 2
Tel.: 05 22 66 57 38



مَسْجِدَةُ دَارُ السَّلَام

CLINIQUE DAR SALAM

Mme Zohra JAADRAOUI
KINESITHERAPEUTE DE
Résidence Al-Salamine imm. 309 N°2
Tel.: 05 22 66 57 38

Casablanca, le

27/05/12

Lettre de rééducation

Chers Confrères, sœurs - mère
Je vous adresse M. CHEHAT
Houssine opéré il y a 45 mois
pour une rupture du tendon l'achille
avec un bon résultat chirurgical
Je vous l'adresse pour une rééducation
depuis 15 mois (8 mois/sem)
① Physiothérapie ambulatoire
② Marche - danse à l'oeuvre
③ Assupption + orthostase
④ Recruteur musculaire
⑤ travail le 6 mai

URGENCES 24/24

DR. JAKANI El Hassane
Chirurgien-Orthopédiste
Téléphone: 05 22 66 57 38