

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 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 canaux, 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 canaux.

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

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 - Gême Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-808555

☐ Maladie

☐ Dentaire

168839

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9833

Société : RAM (Retraité)

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SAABER

SAOUL A

Date de naissance : 10/09/62

Adresse : ABRA EL YASSAMINE RESID QUARTIER AL APTM

1009 RAMA CASABLANCA

Tél : 0666089893

Total des frais engagés :

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 :

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) : SAOUL A

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-808555

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

Matricule : 9833

Nom de l'adhérent(e) : SAABER

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
2018/2019			5	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> INP : </div>

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

[illegible][illegible][illegible]

Cache et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	P C	IM	IV	
<i>[Signature]</i>	<i>10/9/78</i>	<i>N</i>	<i>sedans</i>	<i>Nécessaire</i>	<i>de</i>	<i>Réf. par</i>

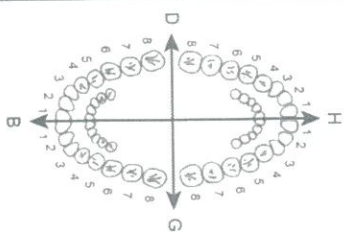
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Coefficient des Travaux</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div> <div> <p>INP : </p> </div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Montants des Soins</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div> <div></div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Debut d'Execution</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div> <div></div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Fin d'Execution</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin-top: 10px;"></div> </div> <div></div> </div>



Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Coefficient des Travaux</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> </div> <div> <p>INP : </p> </div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Montants des Soins</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> </div> <div></div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Début d'exécution</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> </div> <div></div> </div>
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Fin d'exécution</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> </div> <div></div> </div>

O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

B

(Création, remont, adjonction)

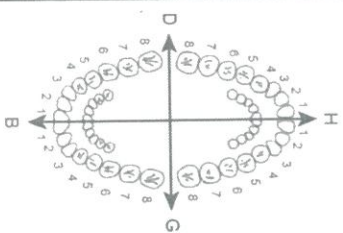
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

**MONTANTS
DES SOINS**

**DATE DE
L'EXECUTION**

**DATE DU
DEVIS**



O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

**DETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**COEFFICIENT
DES TRAVAUX**

**MONTANTS
DES SOINS**

**DATE DE
L'EXECUTION**

**DATE DU
DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

10/07/2015

S. Y. Y. Y. Y.

For a trip
recovery
also health

drugs

+ on place

recovery
recovery
recovery

recovery

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Marouané HOBAIZI

Kinésithérapeute &
Physiothérapeute

مروان هوبيزي

اختصاصي في الترويض الطبي
و العلاج الفيزيائي

DEVIS

Salé le : 17/07/2023

NOM ET PRENOM : SIBORZ SOUJAT

1 séance de rééducation fonctionnelle à 150.000 DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées 15

arrêté le présent devis à la somme de 2250.00

Donnée de la signature de Siborz Soujat

--Patente :290 19 349
-- I.F :40484828
-- I.C.E :N° 000828680000048

Cachet et signature :

Marouane Hobaizi
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk, Hay Sbihi
Rez-de-chaussée Tabriquet- Salé
GSM: 06 65 22 87 77