

Centre Kiné-Forme

Nadia LAHMIDI
Kinésithérapeute
Physiothérapeute

176371

Casablanca, le : 14/09/23

Devis

Nom : Dr. SABRE Nafat

* 15 séances de Rééducation fonctionnelle
de l'ombroscapologie - 20h
à l'insc. de la D. Houda IBN ABDELJAH
Le devis est de 10 000 DH (Mille cinq cent Dhs).

Nadia LAHMIDI
KINESITHERAPEUTE
299, Bd Oued Daoura
El Oulfa-Casablanca
GSM : 06 2 55 65 19

299, Bd Oued Daoura El Oulfa (en face rond point Chahid) - Casablanca
Tél : 05 22 93 82 33 / GSM : 06 62 55 65 19



Nom et Prénom : Solène Vidal

Lehrbuch der Logik

but regardless (IR, massage
does decontracture) el

San Francisco
de los Angeles

faire 2 heures / semaine

[illegible]

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.

La pharmacie :
Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

La 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.

La rééducation :
L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.
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.

La prothèse :
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.
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'Honneur



☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11104

Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : SABLE NAGAT

Date de naissance : 11-05-69

Adresse : 11104 Khaldon 5, 2ème étage

Chercheur : 11104 Khaldon 5, 2ème étage

Tél. : 0661600428 Total des frais engagés : 11000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 7/9/23

Nom et prénom du malade : Sable Nagat

Lien de parenté : Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Sarcosarcome

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/09/23

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-057616

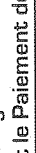
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
0 3/23		9	

[illegible][illegible]

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
adja LAMIDI MESTHERAPUTE Qual'Alprova 03-33.65.19	11/05/23	25	4	17	6	2500 DH

VOLET ADHERENT

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

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

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION