

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 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



Déclaration de Maladie

M22- 0056160

Accord

(161381)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1014

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN YOUSSEF Abdellah

Date de naissance :

1947

Adresse :

41, Rue El Fikradamoun
EL OULFA CASABLANCA

Tél. : 0668444052

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : AZZOUZ FADMA 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 : Casablanca Le : 11/02/2012

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0056160

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Spins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
MARZI CHABOUB Praticien Bd Lecourbe 23 B.P. N°2 Maz 22 v. 95 45 Tél/Fax: 05 22 01 95 45 GSM: 06 61 19 85 45	24/03/03 Dén: N°028/03	20 AM	14 + 10 AM	14/2	14/2 + 14/2 = 50000F	

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	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A horizontal arrow labeled 'D' points left and 'G' points right. A vertical arrow labeled 'B' points down. A point 'H' is				



CABINET CHAIBOUB NABIL

De kinésithérapie et physiothérapie

24/03/2023

DEVIS N° 028/23

- Nom: Mme AZZOUZ Fadma
- Médecin Traitant : Pr ARSSI Mohamed
- Assurance : MUPRAS
- $20 \text{ AMK}_{14} + 20 \text{ AMK}_{14} /2 + IR = 4000 \text{ dhs}$
- Prix unitaire : 200 dhs
- Nombre de séances : 20 Séances
- Total devis Séances : 200 dhs x 20 Séances =4000dhs

- Devis arrêté à la somme de :

Quatre Mille Dirhams

NABIL CHAIBOUB
Kinésithérapeute / Physiothérapeute
Bd. Oum Rabii Résidence Colza
D.C N°2 Marjila Casablanca
Tel/Fax: 05 22 90 95 95 / 08 08 37 48 60
GSM: 06 61 19 85 45 - E-mail : nach_232@yahoo.fr



Casablanca le :

11 MARS 2002

LETTRE DE REEDUCATION

Professeur Mohamed ARSSI
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie - Arthroscopie
- Chirurgie du Sport

CHER CONFRERE ,

NOM ET PRENOM DU PATIENT : *Omar El Idrissi*

QUI PRESENTE : *avril de la jambe droite*

TRAITE PAR : *Dr M. EL Idrissi*

POUR REEDUCATION : *l'articulation de la hanche*

NOMBRE DE SEANCES : *20 séances*

OBSERVATION : *2 mois / deux mois*

- MOBILISATION ARTICULAIRE
- RENFORCEMENT MUSCULAIRE
- PHYSIOTHERAPIE
- CRYOTHERAPIE *20 x 10 min | 2 x 10 min | 10 min*
- M.P.T
- RECUPERER AMPLITUDES ARTICULAIRES
- DRAINAGE
- GAINAGE
- AUTRES : _____

Professeur Mohamed ARSSI
Chirurgie Orthopédique
Traumatologie - Arthroscopie
- Chirurgie du Sport

URGENCES 24H/24H

64. شارع عمر الادريسي (قرب حدائق مرسى) - الدار البيضاء - الفاكس 42

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
Tél.: 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05

الهاتف : E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemersultan.com

www.cliniquemersultan.com / ICE : 001728360000010