

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ctique :

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

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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 : N° P19- 017480

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3119** Société : **R.A.M**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

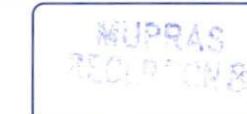
Nom & Prénom : **EL A LA LY OM RACHID** Date de naissance : **01/01/1957**

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : **00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : **EL A LA LY OM RACHID**

Lien de parenté :

Lui-même

Comptant

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) : 

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| DD | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|----|----|----|---|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| abinet de SEDKA 12-11-15 Baronne Béatrice | 10/17/15 | 12 | | | | 150,00 + 1800,00 HT mille huit cent. Béatrice |

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 d

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Amr El SLAOUI
Fracture lux de l'épaule gauche
Rééducation de l'épaule

1 flanc x 3 / jam x 4 jam

soit 12 jambes.

Professeur D. COHEN
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
2, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
tel: 0522.22.43.78 / 0522.28.92.08

Clinique jumelée au centre
européen de chirurgie endoscopique
jeanne d'arc de Lyon

Clinique Andalouss

لـ ٢٠١٢

Amé EL ALAOUI

Fracture lux de l'épaule gauche
Rééducation de l'épaule

1 female x 3 | few x 4 few

for 12 feaux.

Professeur D. COHEN
Chirurgie Orthopédique
Chirurgie Traumatologique
2, Rue Najib Mahfoud - Casablanca
tél: 052 22 43 78 / 052 22 82 05

Car C

~~éí: 0522/2243/187~~
Déclarati~~n~~ ~~25/01~~
~~ADD.~~
dc ~~MUPRI~~ 2 Rémy

28 June 2019

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24

Mohamed SEDKANE

Kinesithérapie - Electrothérapie
Gymnastique Médicale
Massages Médicaux

175, Bd. d'Alsace Casablanca 01
Téléph. C. : 022.26.64.38 / 022.27.86.09

Cpte. Bancaire N° 013780010810010130013448
BMCI Agence Rahal El Meskini Casa



محمد صدقان

دبلوم الدولة في الترويض الطبي
الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

175، زنقة أزاس الدارالبيضا، 01
الهاتف : مكتب : 022.26.64.38 / 022.27.86.09

Casablanca, le 10/07/2019 الدارالبيضا، في

FACTURE N° 003399

Nom et Prénom : نادى العلائوى نادى

la Somme de 1800,00DH (mille huit
cent dirhams) 150DH + 12 -

pour 12 (Douze) Séances de Rééducation
fonctionnelle + physiothérapie
du membre supérieur gauche.

Signature
Cabinet de Kinesithérapie
SEDKANE MOHAMED
IGR : 41908646 - Patente : 34308646
CNSS : 1240457 - IEE : 0017346740000088
Compte Bancaire : BMCI Agence Mers Saffar
01378001081064033003448



Mohamed SEDKANE

Kinésithérapeute D.E.

175, Bd. d'Alsace - Tél. : 05 22 27 86 09 / 05 22 26 64 38 - Casablanca

CARTE DE SEANCES

- Patient : EL ALAOUI Nadia
- A.T / A.S / Autres :
- Assurances : Police
- Nombre de Séances : 12

| JOUR | H. | JOUR | H. | JOUR | H. | JOUR | H. |
|---------|----|------|----|------|----|------|----|
| 14/6/19 | | | | | | | |
| 17/6/19 | | | | | | | |
| 18/6/19 | | | | | | | |
| 22/6/19 | | | | | | | |
| 24/6/19 | | | | | | | |
| 26/6/19 | | | | | | | |
| 28/6/19 | | | | | | | |
| 1/7/19 | | | | | | | |
| 3/7/19 | | | | | | | |

En cas d'indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs. Merci