

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.

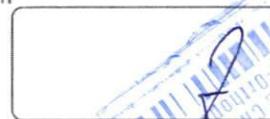
Adresses Mails utiles

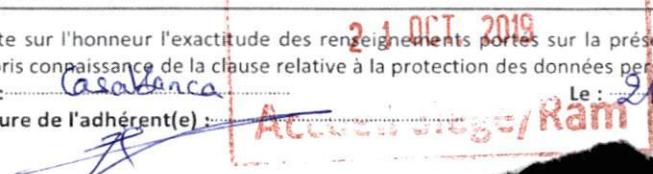
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W19-440017

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12948	Société :	RAT
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HOUACHNI Zineb
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661154727 Total des frais engagés : 2300 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 17/10/19			
Nom et prénom du malade : Zineb Houach Age: 35			
Lien de parenté : À lui-même Conjoint Enfant			
Nature de la maladie : Houach Du Cac 1			
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 : 21/10/19
Signature de l'adhérent(e) : 
Accordé à Casablanca/Ram



EXECUTION DES ORDONNANCES

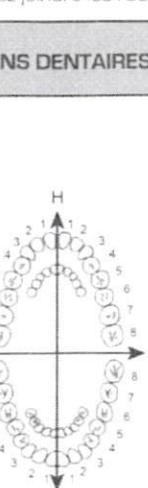
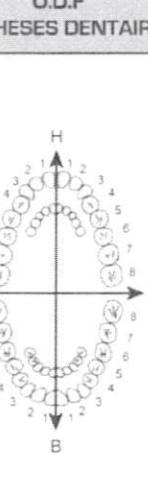
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Facture 18- 10-19		20 AOÛT				250 AYSEF YOUSSEF 5d MY TUNISIE 61 18 GSM

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	INP : <input type="text"/>												
																
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			H	21433552	26533412	00000000	00000000 00000000		D	G	35533411	11433553	B		
	H	21433552														
	26533412	00000000														
	00000000 00000000															
	D	G														
	35533411	11433553														
	B															
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Nom et prénom : Mme. HOUACHMI Zineb

Diagnostic : Rééducation du coude

Médecin traitant : Pr. Mohammed CHAHBOUNI

Nombre de séances : 12

Date début du traitement : 03/10/2019

Date de fin de traitement : 18/10/2019

Détail des séances :

Le 03/10/2019	:	1 ^{ère} séance
Le 04/10/2019	:	2 ^{ème} séance
Le 05/10/2019	:	3 ^{ème} séance
Le 07/10/2019	:	4 ^{ème} séance
Le 08/10/2019	:	5 ^{ème} séance
Le 09/10/2019	:	6 ^{ème} séance
Le 10/10/2019	:	7 ^{ème} séance
Le 11/10/2019	:	8 ^{ème} séance
Le 12/10/2019	:	9 ^{ème} séance
Le 14/10/2019	:	10 ^{ème} séance
Le 16/10/2019	:	11 ^{ème} séance
Le 18/10/2019	:	12 ^{ème} séance

Casablanca le 18/10/2019

CENTRE KINESITHERAPIE
YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU
250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N° 3 Casablanca
Bd Mly Youssef N° 3 Casablanca
Gsm : 09 51 18 15 47

Mr Youssef DOULFAKAR
Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N° 3 - Casablanca
Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 00154820000071 : RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

FACTURE N°172/2019

- Prénom et nom : Mme. HOUACHMI Zineb
- Diagnostic : Rééducation du coude
- Médecin traitant : Pr. Mohammed CHAHBOUNI
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 12
- Montant total des honoraires : 2.400,00 DH
- Arrêter la présence facture à la somme de : Deux mille quatre cents dirhams

Casablanca, le 18/10/2019



Mr Youssef DOULFAKAR
Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N° 3 - Casablanca
Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 00154820000071 : RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 128 488 / 2019 du 17/10/2019

Nom patient : HOUACHMI ZINEB

Entrée 17/10/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 17/10/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Consultation de traumatologie	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

*Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Tel: 05 29 03 53 45
Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 00174000300002*