

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.

Signature N° 19-461587
de votre possession

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Matricule : 03681

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SABRI ICAMAL

Date de naissance : 06/07/1959

Adresse :

Tél. 0661181904

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	
.....	

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

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'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— 00000000 00000000 35533411 11433553	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	B			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom et prénom : Mr. SEBTI Kamal
 Diagnostic : Capsulite rétractile épaule gauche
 Médecin traitant : Pr. Ass. Hamza BENAMEUR
 Nombre de séances : 15
 Date début du traitement : 11/09/2019
 Date de fin de traitement : 14/10/2019

Détail des séances :

Le 11/09/2019	:	1 ^{ère} séance
Le 13/09/2019	:	2 ^{ème} séance
Le 16/09/2019	:	3 ^{ème} séance
Le 18/09/2019	:	4 ^{ème} séance
Le 20/09/2019	:	5 ^{ème} séance
Le 23/09/2019	:	6 ^{ème} séance
Le 25/09/2019	:	7 ^{ème} séance
Le 27/09/2019	:	8 ^{ème} séance
Le 30/09/2019	:	9 ^{ème} séance
Le 02/10/2019	:	10 ^{ère} séance
Le 04/10/2019	:	11 ^{ème} séance
Le 07/10/2019	:	12 ^{ème} séance
Le 09/10/2019	:	13 ^{ème} séance
Le 11/10/2019	:	14 ^{ème} séance
Le 14/10/2019	:	15 ^{ère} séance

Casablanca le 14/10/2019

CENTRE KINESITHERAPIE
 YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU
 250, Angle Bd de Bordeaux et
 Bd Mly Youssef N° 3 Casablanca
 Tél : 05 61 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°171/2019

- Prénom et nom : Mr. SEBTI Kamal
- Diagnostic : Capsulite rétractile épaule gauche
- Médecin traitant : Pr. Ass. Hamza BENAMEUR
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 15
- Montant total des honoraires : 3000, 00 DH
- Arrêter la présence facture à la somme de : Trois mille dirhams

Casablanca, le 14/10/2019



CENTRE KINESITHERAPIE
YOUSSEF DOULFAKAR 1^{er} étage
250, Angle Bd de Bordeaux et
Bd Mly Youssef N° 3 Casablanca
Gsm : 06 61 18 15 47

Mr Youssef DOULFAKAR
Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1^{er} étage N° 3 - Casablanca
Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com
ICE : 00154820000071 : RC : 345535 - TP : 35423089
CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795