

# 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.

## diologie 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.

## tique :

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 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

Nº P19- 068095

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : Q3024

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAIK K S adday

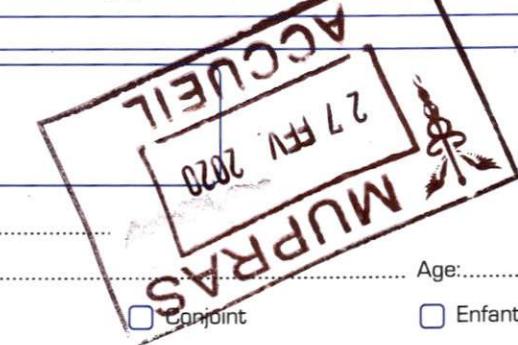
Date de naissance : 11.11.69

Adresse : G. K. Rue 161. N° 15 sulfa -

Tél. : 2625104728 Total des frais engagés : 15000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  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 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

### 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 Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>CABINET DE REEDUCATION FUNCTIONNEL FKIRA HASSAN KIMESI THERAPEUTIQUE 18, Bd. Afghanistan - Hay Hassan Tel. 91-16-79 - CASABLANCA</i>						
<i>CABINET DE REEDUCATION FUNCTIONNEL FKIRA HASSAN KIMESI THERAPEUTIQUE REEDUCATEUR 18, Bd. Afghanistan - Hay Hassan Tel. 91-16-79 - CASABLANCA</i>						

### 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	G 00000000 B	DATE DU DEVIS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# عيادة الترويض الطبيعي و العلاجات الكهربائية الحي الحسني

CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

**FKIRA Hassan**

Kinésithérapeute Rééducateur

58, Bd. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 91.16.79



فقيرة حسن

اختصاصي في الترويض الطبيعي

58، شارع أفغانستان  
الحي الحسني - الدار البيضاء  
الهاتف : 91.16.79

## FACTURE

Nom : ..... *chait*

Prénom : ..... *khadday*

Casablanca le,

*26/02/20*

Employeur :

Date de prescription : *26/02/20*

Assurance : *Mopras*

### Soins de rééducation au cabinet

Séances (Kinésithérapie): *10 (mia)*

Honoraires : *10000 m*

Rééducation Pour : *fracture et rhumatismes*

Appareillage (Orthèses, Contentions, Elastoplastes ...)

### Intervention sur le terrain

Nature :

### Montant

Montant Total

*10000 m (mille cinq cent m)*



عيادة الترويض الطبي و العلاجات الكهربائية الحي الحسني

CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

BEN FKIRA Hassan

Kinésithérapeute D.E

Rééducation Fonctionnelle

Maladie du Dos

Kinésithérapie du Sport

M : Chaït Al Chaddouz

LE : 20/02/20 M900 a

LE : 21/02/20 M900 a

LE : 24/02/20 M900 a

58 Bd. Afghanistan

Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 05 22 91 16 79

N° Dossier: .....

LE : 26/02/20 M600 a

LE : 27/02/20 M600 a

LE : 28/02/20 M600 a

LE: 02/03/2011h ~~Q~~ LE: .....

LE: 04/03/2011h ~~Q~~ LE: .....

LE: 06/03/2011h ~~Q~~ LE: .....

LE: 07/03/2011h ~~Q~~ LE: .....

LE: ..... LE: .....