

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

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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



Déclaration de Maladie

Nº P19-0047246

Maladie

Dentaire

Optique

MUPRAS Autres
RECEPTION 9

23812

Matricule : 5694

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AL HROU KADOUR

Date de naissance :

Adresse : OULED YAHYA DEROUA

Tél. : 06.11.38.24.40

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Rahma Abdaoui Age:

Lien de parenté :

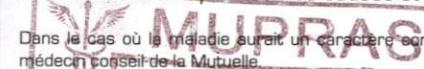
Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ALCI

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 mon honneur l'exhaustivité 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.

Signature de l'adhérent(e) :
ACCUEIL

Le 11/03/2011 18:20
MORCHID Zinedine
CHU Ibn Rochd Casablanca

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/07/2020 | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|---------------------------------|--------|-----|-----|-----|---|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| NISSRINE FIYOUZ <i>(Kinésithérapeute)</i> Tél.: 06 37 36 75 | 20/03/2020 cm. 28/02/2020 | - | - | - | - | 100.0 H x 30 secondes = 300.00 D.H |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

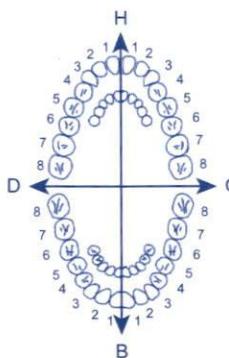
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

| 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

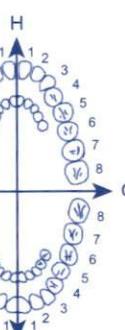
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------------|----------|----------|----------|---|----------|----------|----------|---|----------|----------|--|------------------------------------|
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">B</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table> | H | 21433552 | 25533412 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | 00000000 | B | 11433553 | 35533411 | | Coefficient des travaux |
| H | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| B | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Casablanca, le :

14/11/2020

ORDONNANCE

Dacteur : Nidha Aboulli

- Age = 62 ans
- ATDS : Diz depuis 10ans sous ADO
- se présente pour AVC Hemisphérique temporo-pontal gauche
- Patient hospitalisée pour surveillance Neurologie + Hémodécale

à sa sortie il de garde
l'Hémiplegique dte.

* Première de faire 30 séances
de Rééducation.

Dr. SADAM Tawfiq
Neurochirurgie
CHU Ibn Rochd Casablanca

MORCHID Zineb
Médecin Interniste
CHU Ibn Rochd Casablanca

CABINET DE KINÉSITHÉRAPIE

Nissrine fiyouz

Kinésithérapeute-physiothérapeute

Nouaceur, le 03/03/2020

FACTURE DE TRAITEMENT

Nom/prénom : RAHTA Abdellah

NOMBRE DES SEANCES PRESCRITES : 30 séances

PRIX UNITAIRE : 100 D.H

Montant total : 3000 D.H

ARRETER LE PRESENT FACTURE A LA SOMME DE :

trois mille dinars

NISSRINE FIYOUZ
Kinésithérapeute
Tél: 0677 14 36 75

CABINET DE KINÉSITHÉRAPIE

Nissrine FIYOUZ

Kinésithérapeute-physiothérapeute

Non/Prénom : RAHYA abaidli

Pathologie : AVC

Nombre des séances : 30 séances

NISSRINE FIYOUZ
Kinésithérapeute
Tél.: 0637 14 36 75

Nouaceur, le 03/03/2020

CALENDRIER DES SEANCES

| Numéro de la séance | Date de la séance |
|---------------------|-------------------|
| 1 | 20/03/2020 |
| 2 | 21/03/2020 |
| 3 | 22/03/2020 |
| 4 | 23/03/2020 |
| 5 | 24/03/2020 |
| 6 | 27/03/2020 |
| 7 | 28/03/2020 |
| 8 | 29/03/2020 |
| 9 | 30/03/2020 |
| 10 | 31/03/2020 |
| 11 | 03/04/2020 |
| 12 | 04/04/2020 |
| 13 | 05/04/2020 |
| 14 | 06/04/2020 |
| 15 | 07/04/2020 |
| 16 | 10/04/2020 |
| 17 | 11/04/2020 |
| 18 | 12/04/2020 |
| 19 | 13/04/2020 |
| 20 | 14/04/2020 |
| 21 | 17/04/2020 |
| 22 | 18/04/2020 |
| 23 | 19/04/2020 |
| 24 | 20/04/2020 |
| 25 | 21/04/2020 |
| 26 | 24/04/2020 |
| 27 | 25/04/2020 |
| 28 | 26/04/2020 |
| 29 | 27/04/2020 |
| 30 | 28/04/2020 |