

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

armacie :

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.

optique :

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

ééducation :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

21731

Matricule : 3265

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre : retraité

Nom & Prénom : Achour FARID

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61.41.17.25

Total des frais engagés : 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) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient | |
|---|--|--|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| DROITE 11 21 22 GAUCHE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 23 24 25 26 27 28 BAS 38 37 36 35 34 33 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 | | | | | |
| | | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | | Montant des soins |
| | | | | | Début d'exécution |
| | | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | | Coefficient des travaux |
| DROITE 11 21 22 GAUCHE 12 13 14 15 16 17 18 HAUT 23 24 25 26 27 28 BAS 38 37 36 35 34 33 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 | | H | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | |
| | | D | 00000000 35533411 | 00000000 11433553 | G |
| | | (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | |
| Visa et cachet du praticien attestant le devis | | Visa et cachet du praticien attestant l'exécution | | | |

| VOLET ADHERENT | | NOM : | Mle 03265 |
|--|----------------|------------------------|-----------|
| DECLARATION N° | | P 14 / 54625 | |
| Date de Dépôt | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes | |
| 10 - 10 - 2020 | 1500,00 | 4 | |
| Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois | | | |
| Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle | | | |

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mle 03265 | |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| Nom & Prénom | | Achour Farid | <i>Signature de l'adhérent</i> |
| Fonction | Représentant | Phones 0661611775 | |
| Mail | | achdoha@hotmail.com | |
| MEDECIN | Prénom du patient Noufissa | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age 68 |
| Nature de la maladie | | Date 1ère visite | |
| Lombalgie | | | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| <i>CS</i> | | | <i>gratuit</i> |
| PHARMACIE | | Date | |
| Montant de la facture | | | |
| Signature et cachet du Pharmacien | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | Date | |
| Désignation des Coefficients | | Montant détaillé des Honoraires | |
| | | | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | Date 03/08/2020 | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires | |
| AM | PC | IM | IV |
| ATM 30 | | | |
| | | 150DH x 30 = 1500DH | |
| | | Zeklouni Zabouhakko | |
| | | Ghizlane Bouhakkou | |
| | | Bouguergane Dr. El Hachemi | |
| | | Dr. Ben Omer Porte B | |
| | | Résidence Ben Omar Porte B | |
| | | Tal. 022.99.34.14.15 Casa | |

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 03265 e-mail : achdolah@hmail.com Phones : 0661611775

Nom et Prénom de l'adhérent : Achour Farid

Nom et Prénom du bénéficiaire : NEKKOUR Noufissa

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr S. Smaïdi Nefzaoui

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Achour Noufissa

Nécessite 10 séances de Kinésithérapie.

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) Kinésithérapie

Rhumatisme

*Dr. S. Smaïdi Nefzaoui
RHUMATISME
Résidence Ben Omar paroisse 6
Rue Ibnou Nafis 14
Tél. 022.99.35.13 Casablanca*

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

.....
.....
.....

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

.....
.....
.....

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale

et Rhumatismes Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier
Ostéopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكريج

إختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بمونبولي
التطبيب اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le

Prescription de kinésithérapie

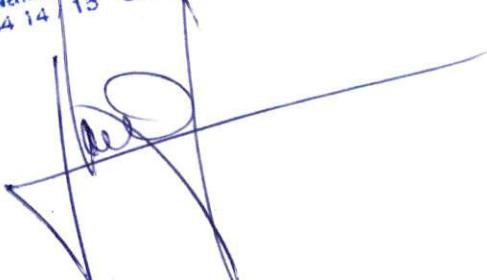
Casablanca le : 10/01/2020
Mme ACHOUR NOUFISSA

10 séances de Kinésithérapie pour une lombarthrose :

- Renforcement des muscles abdominaux et spinaux
- Apprentissage du verrouillage lombaire
- Assouplissement lombaire par des mouvements de bascule du bassin
- Etirements des muscles ilio psoas, fessiers, quadriceps et ischio jambiers
- Apprentissage d'exercices d'auto rééducation (à faire quotidiennement à domicile)
- Proprioception

Fréquence = 3 X /Sem

Dr Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar
Rue Ibnou Nafiss
Tél. 022.99.34.14
Porte B 5
Maârif
15 Casa



Casablanca, le 03/02/2020

FACTURE N° 006/20

Nom & Prénom : Mme ACHOUR MEKOUAR NOUFISSA

Dr. : HEKKI SKIREDMY

Rééducation : du Rachis Lombaire

Cotation : AMM 30

Nombre de séances : 10

Prix Unitaire : 150DH

Montant Total : 1500 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : mille cinq cent dirhams

Réglée : par chèque

Ghizlane BOUHAKKOU
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Diplômée d'Etat
65, Angle Bd. El Hank et Bd. Zerkouni
Bourgogne - Casablanca
Tél : 05.22.26.3.91

Patente n°: 35405904
I.C.E: 002056906000015

Ghizlane BOUHAKKOU
Kinésitarapeute-Physiothérapeute

Nom du Patient : Mme MEKOUAR ACHOUR NOUFISSA

Calendrier des séances

| DATE | SEANCE |
|------------|--------|
| 33/01/2020 | 1 |
| 35/01/2020 | 2 |
| 37/01/2020 | 3 |
| 20/01/2020 | 4 |
| 22/01/2020 | 5 |
| 24/01/2020 | 6 |
| 27/01/2020 | 7 |
| 29/01/2020 | 8 |
| 31/01/2020 | 9 |
| 03/02/2020 | 10 |

Ghizlane BOUHAKKOU
Kinésithérapeute - Phytothérapeute
~~Diplômée à l'ISI~~
65, Ingle Bd. El Hank et 71 Zorkkouini
Bourgogne - Casablanca
Tel: 05.22.26.06.91

Patente n°: 35405904
I.C.E: 002056906000015