

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.

Biologie 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

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

N° P19- 069030

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6887 Société : 30906

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARIM LARBI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661 18 852 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-069030

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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
		A M	P C	I M	I V	
ATIH KINESITHERAPEUTE Kinesithérapeute - Physiothérapeute Attaché au Centre de Rééducation Casablanca Tél: 05 22 71 11 55	01/07/20					36 x 150
						5400,00

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

CABINET FATIH DE KINESITHERAPIE

FATIH ZAKARIA

KINESITERAPEUTE -PHYSIOTHERAPEUTE

Rééducation Réadaptation Fonctionnelle

Rééducation Périnéale

Kinésithérapie Respiratoire

Drainage Lymphatique

Gymnastique Médicale

Casablanca le : 06-07-2020

Facture N° : 28/20

Nom et Prénom : Karima Larbi

Diagnostic : tétanospasme spastique

Pour : 36 séances de rééducation fonctionnelle








Sur ordonnance du Dr : Mohamed Makri

Soit : 36 Séances X : 150 Dhs : 5400,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

Cinq mille quatre cent dirhams.

FATIH KINESITHERAPEUTE

N° Dossier: 30906 
N° Dossier externe: PEC-06887-02/07/2020
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: KARMA LARBI
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 02-07-2020 
Date de fin: 03-07-2020 
Date de saisie: 02-07-2020
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
02-07-2020	Manuel	OK PEC 36 SÉANCES KINÉ POUR TETRAPARESIE SUITE À UN AVC
03-07-2020	Manuel	informé par appel le 03/07/2020

مركز الترويض الطبي و تخسيس الوزن
CENTRE DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT

ZAKARIA FATIH

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Diplômé de HEK

CASABLANCA, LE 06/07/2020: الدار البيضاء في

CALANDRIER DES SEANCES

1) séance 06-07-2020	13) séances 03-08-2020	25) séances 31-08-20
2) séances 08-07-2020	14) " 05-08-2020	26) " 02-09-20
3) " 10-07-2020	15) " 07-08-2020	27) " 04-09-20
4) " 13-07-2020	16) " 10-08-2020	28) " 07-09-20
5) " 15-07-2020	17) " 12-08-2020	29) " 09-09-20
6) " 17-07-2020	18) " 14-08-2020	30) " 11-09-20
7) " 20-07-2020	19) " 17-08-2020	31) " 14-09-20
8) " 22-07-2020	20) " 19-08-2020	32) " 16-09-20
9) " 24-07-2020	21) " 21-08-2020	33) " 18-09-20
10) " 27-07-2020	22) " 24-08-2020	34) " 21-09-20
11) " 29-07-2020	23) " 26-08-2020	35) " 23-09-20
12) " 31-07-2020	24) " 28-08-2020	36) " 25-09-20

Signature:

GSM: 06 98 97 44 80

RC: 426995 -TP: 33001033 -ICE: 00223324000060

FATIH KINESITHERAPEUTE
Kinésithérapeute
Attestation de formation
Gsm: 06 98 97 44 80 / Tel: 05 22 71 11 88

CABINET FATIH DE KINESITHERAPIE ^{PSC}

FATIH ZAKARIA

KINESITERAPEUTE - PHYSIOTHERAPEUTE

Rééducation Réadaptation Fonctionnelle

Rééducation Périnéale

Kinésithérapie Respiratoire

Drainage Lymphatique

Gymnastique Médicale

Casablanca le : 01.07.2020

Devis N° : 28120

Nom et Prénom : Karima Larki

Diagnostic : tétraparésie Spastique.

Pour : 36 séances de rééducation fonctionnelle

Sur ordonnance du Dr : Mohamed Mobri

Soit : 36 Séances X : 150 Dhs : 5400,00

Arrête la présente facture à la somme de :

cinq mille quatrecent dix-huit dirhams.

FATIH KINESITHERAPEUTE
Kinesitherapeute - Physio
Attaché au 2^{ème} N° 15
Casablanca
Tél : 0698 97 44 80

Dr. Mohamed MOKRI
NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie et maladies du crâne,
Système nerveux et de la colonne vertébrale.
Traitement de l'épilepsie
Electroencéphalographie

Ex. Médecin principal à l'hôpital Mohamed 5 - Méknès
Ex. Praticien au CHU Ibn Rochd - Casablanca



الدكتور محمد المقرى

إختصاصي في جراحة وأمراض الرأس،
الأعصاب و العمود الفقري
علاج داء الصرع (الكبار و الصغار)
التخطيط الكهربائي للدماغ

طبيب رئيسي سابقا بمستشفى محمد الخامس - مكناس
جراح سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

Casablanca, le : 27/06/20

Prier de faire un medical
Moria et Jonchonne pour M. Karma
Larbi qui present un Tetraparesis spastique
sequelle d'un AVC
36 scans et res de Tm/s








شارع محمد بوزيان، إقامة فرحاتين، عمارة 4، شقة 2- الطابق الاول، سيدي عثمان - الدار البيضاء - (قرب أسما سيدي عثمان)

Bd. Mohamed Bouziane Résidence Farhatine, Imm.4 Appt.2

1er étage - Sidi Othmane - Casablanca (près de Acima Sidi Othmane)

Tél.: 0522.551.092

GSM.: 0667.125.796

Dossier: 30906 
Dossier externe: PEC-06887-02/07/2020
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: KARMA LARBI
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 02-07-2020 
Date de fin: 03-07-2020 
Date de saisie: 02-07-2020
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
02-07-2020	Manuel	OK PEC 36 SÉANCES KINÉ POUR TETRAPARESIE SUITE À UN AVC
03-07-2020	Manuel	informé par appel le 03/07/2020