

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

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.

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

UPRAS 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.

RAS : 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



Dubaoui
Déclaration de Maladie

Nº P19- 051859

ND: 31538

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1069 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZAFALI HAMMADI

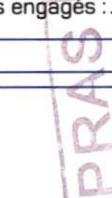
Date de naissance : 17/19/47

Adresse : ACTUOPEAK

Tél. : 06 19 86 62 24 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) :

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 - 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
		AM	PC	IM	IV	
TOP KING S.A.R.L Takadoum Souk Rue 16 N° 65 Hay Mohammadi Casablanca Tél.: 0522 61 99 85	01.07.2002			du rééducateur jet (AUG) la séance a 1600H = 1400DH		TOP KING S.A.R.L Takadoum Souk Rue 16 N° 65 Hay Mohammadi Casablanca Tél.: 0522 61 99 85

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 de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

Diagramme de soins dentaires :

The diagram illustrates the distribution of dental treatments (numbered 1 to 8) around a circular arrangement of teeth. The horizontal axis is labeled D at the left end and G at the right end. The vertical axis is labeled H at the top end and B at the bottom end. The treatments are distributed as follows:

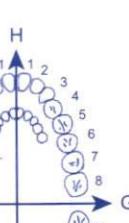
- Top row (H side): 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5.
- Second row from top: 3, 4, 5, 6, 7, 8.
- Third row from top: 6, 7, 8, 8.
- Fourth row from top: 7, 8, 8.
- Fifth row from top: 8, 8.
- Bottom row (B side): 8, 7, 6, 6, 5, 4, 3, 3.
- Second row from bottom: 5, 4, 3, 2, 1, 2, 3.
- Third row from bottom: 2, 1, 1, 2.
- Fourth row from bottom: 1, 2.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	H	MONTANTS DES SOINS														
	D G															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr> <td>B</td><td>G</td></tr> </table>	25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	G	
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<hr/>																
B	G															
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															
		DATE DU DEVIS														

TOP KINÉ

Rééducation en :

Neurologie - Rhumatologie - Traumatologie
Cardio-vasculaire - Périnéale - Levé de Tension
Rééducation Respiratoire Nourrisson et Adulte

Pédiatrique

Drainage Lymphatique

Bien être:

Cure d'Amincissement - Régime - soins Corporels
Massage Relaxant - Tonique - aux Huiles Chaudes
Aromatique - Réflexologie

علاج أمراض الروماتيزم، آلام الظهر

أمراض القلب و الشرايين

شلل الأطفال، الشلل النصفي، التدليك الطبيعي

ترويض الجهاز التنفسي للصغار والبالغين

ترويض قبل وبعد الولادة

التدليك المفاوي لعلاج الإتفاخ

العلاج الفيزيائي

حصص التنحيف، حصص التجميل

N° : 000092

Casablanca, le : 01.07.2008

Facture

Nom du Patient : Mr Farghi HENADI

Assurance : MUPRAS

Nature des actes : Rééducation

Nombre de séance : 20 séances

Frais de Séance : 120.00

Somme Totale : 2400.00

Patente N°:
37952250

TOP KINE S.A.R.L
Takadoum Sud Rue 16 N° 65
Hay Mohammadi Casablanca
Tél.: 05 22 619 985

Planning des séances

- 11.02.2020

- 12.02.2020

- 13.02.2020

TOP KINE S.A.R.L
Takademy Sud Rue 16 N° 65
Hay Mohammadi Casablanca
Tel: 05 22 81 99 85

- 14.02.2020

- 17.02.2020

- 19.02.2020

- 20.02.2020

TOP KINE S.A.R.L
Takademy Sud Rue 16 N° 65
Hay Mohammadi Casablanca
Tel: 05 22 61 99 85

- 21.02.2020

- 22.02.2020

- 23.02.2020

- 24.02.2020

- 25.02.2020

- 26.02.2020

- 27.02.2020

TOP KINE S.A.R.L
Takademy Sud Rue 16 N° 65
Hay Mohammadi Casablanca
Tel: 05 22 61 99 85

- 28.02.2020

- 29.02.2020

- 01.03.2020

- 02.03.2020

- 03.03.2020

- 04.03.2020

- 05.03.2020