

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 canalaire, 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 canalaire.

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 caractére 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-

056444

ND: 88642

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 105.11 Société : D.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : S.BARI - FAYRID

Date de naissance : 31/12/1957

Adresse : Lot. O.N.A. 219. DÉRR.

Tél. 0665342435 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :



Lien de parenté : Lui-même

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 : 105.11 Date : 20/07/2020 Le : 19/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : Lot. Najar, n° 34000 Casablanca Tél: 0522 22 78 18 à DEROUT

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-056444

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 : 105.11

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

FAYRID

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

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	
 Kinésithérapeute Massuer Kinestherapeute Kiné, In C, 1er étage N°1 - Délocalisé Téléphone : 05 51 46 - 0645 2010 42 Fax : 05 51 46 - 0645 2010 42 Mobile : 06 80 00 03 38	du 26/02/16 au 19/03/16	7AM	Kinésithérapie Fonctionnelle			100x15 = 1500,00 HT

VOLET ADHERENT

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

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

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

The diagram shows a 10x10 grid of numbered circles. The numbers range from 1 to 8, with some values appearing multiple times. Arrows point from each circle to its neighbors, indicating movement paths. The grid is bounded by a black border.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Deroua, le : 19/03/2020

FACTURE

الدروة، في :
NO 202219
Masseur Kinesitherapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

N° FARID J BARI

la Somme de : Dix mille cinq cent Dirhams

$100 \times 15 = 1500,00 DT$

pour : 15 (quinze) Séances de : Rééducation
fonctionnelle de la main et du bras

Signature
EL MAKKAWI Hamza
Masseur Kinesitherapeute
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage N°1 - Deroua
Tél: 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

تجزئة نجاح، عمارة C ، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة

Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42

ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

مركز الترويضي الطبي والعلاج الرياضي المكاوي
Centre de Kinésithérapie El Makkawi



Nom : N° JBARI

N° Ref : FARID

Nbre : 15 (quinze)

R.V. : 3F / Service

P.E.C. : 24/202041

تجزئة نجاح، عمارة C ، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة
Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua
Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42
E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com

Date	Heure
26/02/2020	8H45
27/02/2020	8H30
01/03/2020	9H00
04/03/2020	15H00
05/03/2020	15H00
07/03/2020	09H00
09/03/2020	15H00
11/03/2020	15H00
12/03/2020	14H00
14/03/2020	09H00
16/03/2020	14H00
17/03/2020	14H00
18/03/2020	14H00
19/03/2020	10H00
20/03/2020	14H00