

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

Informations 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.

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.

Orthopédie :

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

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

Autocollant : ACCUEIL

Autocollant : ACCUEIL

Matricule : 3191

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : A.D.N.A.N.I A.N.I.N.A

Date de naissance : 1.10.1956

Adresse : 13 Rue des Flamands N° 9 RIVIERA CASA

Tél. : 0665169025 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 : Casablanca Le : 24.10.2020

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Centre de Kinésithérapie et Réadaptation Physique S.A.R.L.A.U. 130, Bd Brahim Roudani étage 1 - 1000 Casablanca</i>	24/07/20	A M M A				(10 x 200) 2000,00 dt

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ABOU EL FADEL OMAR

León de
Nadal
Federico
Pérez Aduriz
Añez
Bernal
de Sagasta
de la Cuesta

29062-2

DISCUSSION

6

Le dévouement des protégés
CNSS
411 084 - 10 194

Loyauté du Maroc

DERB GHAL



POLYCLINIC



CENTRE DE KINESITHERAPIE ET READAPTATION PHYSIQUE

Casablanca le :24/07/2020

ADNANI AMINA

Jour	Date	Confirmation
1	07/07/2020	<i>Centre de Kinésithérapie et de Réadaptation Physique</i> <i>230, Bd Brahim Roudani</i> <i>1er étage, N3-Maarif Casablanca</i> <i>Tél. : 0522991159</i> <i>E-mail : direction.ckrp@gmail.com</i>
2	09/07/2020	
3	10/07/2020	
4	13/07/2020	
5	14/07/2020	
6	16/07/2020	
7	17/07/2020	
8	20/07/2020	
9	23/07/2020	
10	24/07/2020	

A raison de (200. dhs par séance)

230, Espace Roudani ; Bd Brahim Roudani (ex route eljadida)
1étage, N3-Maarif Casablanca Tél. ; 0522991159
E-mail : direction.ckrp@gmail.com



Centre de kinésithérapie et réadaptation
Physique

Casablanca le : 24/07/2020

Facture n°29/2020

Nom et Prénom : ADNANI AMINA

Nom du médecin traitant : DR.ABOU EL FADEL OMAR

Diagnostic : TENDINITE DE L'épaule (D)

Nom du kinésithérapeute : Mme ESSAIDI Meriama

Nombres des séances	Paiement par		Prix unitaire	Prix total
	chèque	espèce		
10		x	200	10x200=2000,00 dhs

Soit la somme de deux mille dirhams.

*Centre de Kinésithérapie
& Réadaptation Physique
230, Bd Brahim Roudani
Etage 1, Aboit 03 - Casablanca*

230 Espace Roudani ; Bd Brahim Roudani (ex eljadida)
1erage, N3-Maarif Casablanca Tél : 0522991159
E-mail : direction.ckrp@mail.com.
I.C.E : 001576174000015