

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.

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

27261

Déclaration de Maladie : N° P19-0004222

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1082

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HUSSAIN ABDEL FATHI

Date de naissance : 18/07/1975

Adresse : Rue TABA'Z , Apt A10 , TUWISIE

Tél. : Total des frais engagés : 0021698333186 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 05/07/2020

ACCUEIL 05/07/2020

Date de consultation : 05/07/2020

Nom et prénom du malade : RACHID AMINA

Age: 40

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Bonne santé, mal de Kinesitherapi

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.

Tél: 70 853 162 - 20 366 427

MP: 1317899 T/A/P/000

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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 - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

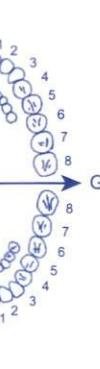
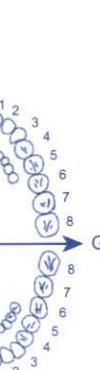
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Centre OMAR de Kinésiologie 86, Rue Hédi Nouria Bld. El Yassine Tunisie 1007 Tél: 70 28 162 - 20 369 Fax: 1317899 TUNISIE	05/02/2006	15 minutes,	Kiné			30 + 11 = 41

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

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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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'EXECU

Dr Jalal HASSOUN

Traumatologie et Chirurgie Orthopédique
Ancien Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتور جلال حسون
جراحة العظام و المفاصل
أستاذ سابق بكلية الطب
والصيدلة بالدار البيضاء

LETTRE DE REEDUCATION

Casablanca, Le :

15/03/2002

Chirurgie
AZ RUE DES HOPITAUX
091037711

Cher Confrère:

Je vous adresse Mr/Mme :

RAMCHI Amine ,

Qui présente :

lombalgie FP bilatéral

Traité par :

Pour rééducation fonctionnelle :

2 journées

Nbr Séances :

10 séances X 31 Jours

Observation :

Renforcement des muscles
intenses en élévation

Signé :

Jalal HASSOUN

42, rue des hôpitaux, Résidence les pléiades R.d.C B2 - Quartier des Hôpitaux - Casablanca

ر.نـة المستشفيـات إقـامة لـيلـيـار - الطـابـق الـأـرـضـي - مـكـتب 2 - الدـارـ الـبـيـضاـءـ

05 22 27 12 69 05 22 27 10 48 www.cabinetdrhassoun.com
jalal.hassoun@cabinetdrhassoun.com / jhassoune3@yahoo.fr



FICHE

CNAM

Nom : M^r Ranchi

Prénom : Amine

Nombre de séances : 15 séances

Date 28/05	Date 28/05	Date 02/06	Date 04/06	Date 06/06	Date 08/06
Date 11/06	Date 13/06	Date 16/06	Date 18/06	Date 20/06	Date 23/06
Date 25/06	Date 27/06	Date 30/06	Date	Date	Date
Date	Date	Date	Date	Date	Date
Date	Date	Date	Date	Date	Date
Date	Date	Date	Date	Date	Date

Centre OMAR de Kinésithérapie
86, Rue Hédi Nouria Rés. El Yassamine
Nasser 2
Tél: 053 162 - 20 366 427
MF: 1317899 T /A/P/000

CENTRE OMAR DE KINESITHERAPIE
86 RUE HEDI NOUIRA RESIDENCE YASMINE
2 éme ETAGE ENNACER2
m.f : 1317899T/A/P/000

Date : 05/07/2020

FACTURE N°

CLIENT : Ramchi Amine

ASSURANCE MVPRAS

Désignations	Quantité	Prix unitaire	Montant
15 Séances : 3 fois par semaines à partir de 28/06/2020 au 30/06/2020	15 séance	30,00 ₣	450,00 ₣
	Total		450,00 ₣

Arrêtée la présente FACTURE à la somme de : quatre cent cinquante dinars

Signature et cachet
Centre OMAR de Kinésithérapie
86, Rue Hédi Nouira Rés. El Yasmine
Nasser 2
Tél: 70 853 122 - 20 366 427
Fax: 13 17899 T / A / P / 000