

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.

Radiologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Déclaration de Maladie

N° W19-516014

ND: 36814

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11591		Société : Royal Air Maroc	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL FATHI CHERRADI NADIA			
Date de naissance : 17/07/1976			
Adresse :			
Tél. : 0661417383		Total des frais engagés : 16 AOUT 2010 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : CASABLANCA - Tel: 0667 94 86 54	
ET TRAUMATOLOGIQUE	
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE	
DOCTEUR PALMARINI Paolo	
Date de consultation : 26.07.2010	Age:
Nom et prénom du malade : T. Nadia	Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Tendinite du Coquard	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous piconfidentiel 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) :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
24.02.2024	Consultation	CS	15000	091166348 INPI
				email: PAOLO.PALMARINI@YAHOO.FR
				ET TRAILLIAUDOC.OC

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES RADIOPHYSIQUE			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
HATIBI FILALI Kinésithérapeute 11 Bir Anzara et Rue de Libia Bab El Oued SABLANCA	21/07/2016	15 (Annonceur)				2000 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

6

P/ Accord

21671

CASA

11591



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Appel le 19/02/20

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :

Nom et Prénom de l'adhérent :

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR PALMARI Paolo

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. CHEERRAM Nadia.

Nécessite 15 secondes de Kiné -

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

MUPRAS

18 FEV 2020

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Tendinite du Coude Droit

Docteur PALMARI Paolo
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE
Cachet, date et signature du praticien
CASABLANCA Tel: 067 94 86 66
e-mail: paolo.palmari@yahoo.fr

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



مصحة المسيرة
CLINIQUE AL MASSIRA

26.01.2000

CHEERRASI Nadia

15 Février

haut

coude droit

Ergonomie coude &

6 Février ordre

choc de haut

fréquence

~~Docteur PALMARI Paolo
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE
CASABLANCA . Tel. 0667 54 86 54~~

e.mail: paolo.palmari@yahoo.fr

orthopédie -
orthopédy -
orthopedic -
orthopedics -

-19/02/2020
21/02/2020
-24/02/2020
-26/02/2020
-28/02/2020
-02/03/2020
-04/03/2020
-06/03/2020
-09/03/2020
-11/03/2020
-13/03/2020
-05/07/2020
-17/07/2020
-21/07/2020

FACTURE N°

251512

Date : 21/07/16



Ghita FILALI KHATTABI
Kinésithérapeute/Physiothérapeute

Résidence Romandie 1(A), Angle Bd. Bir Anzarane et Rue de Libye
4ème étage, Appt 51
20370, Casablanca
0664 04 75 51
filali_rita@hotmail.com

Nom : El fatmi chenabi
Prenom : Nadia
Pathologie : tendinite du coude
Nombre de séances : 15 séances
Période : Juillet 2016
Sur ordonnance du Docteur : P. L. M. S.

TOTAL (en DH)

3000 dtb

(Handwritten signature of Ghita Filali Khattabi)
KHATTABI GHITA
Kinésithérapeute
Angle Bd. Bir Anzarane et Rue de Libye
4ème étage, Appartement 51
Résidence Romandie 1(A)
20370 Casablanca

Tampon

Ghita
FILALI KHATTABI

Ex Kinésithérapeute à l'hôpital des invalides à Paris

Kinésithérapeute
Physiothérapeute



(+212) 0664 047 551
SiteWeb : www.ghitafilalikine.ma

Carnet des
RENDEZ - VOUS

Nom : Cherradi
 Prénom : Nadie



Ghita FILALI
 KHATTABI

RENDEZ - VOUS

Dates	Heure
19/02/20	17h30 ^{du}
21/02	17h30 ^{du}
22/02	10h30 ^{du}
24/02	17h30 ^{du}
26/02	17h30 ^{du}
28/02	17h30 ^{du}
02/03	17h30 ^{du}

Dates	Heure
04/03	18h00 ^{du}
06/03	17h30 ^{du}
09/03	18h30 ^{du}
11/03	18h00 ^{du}
13/03	17h30 ^{du}
09/07	10h30 ^{du}
17/07	14h30 ^{du}
21/07	16h00 ^{du}