

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

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.

Nº P19-

048969

Optique

41395

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4721

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HASSAN FILALI ANSARY

Date de naissance : 1947

Adresse : 02 rue el arabi gilali

Tél. : 0661 694998 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/09/2020

Nom et prénom du malade : Hassan Filali Ansary Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Parkinson HTA

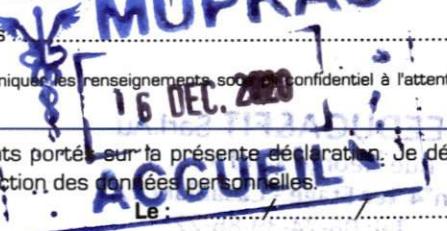
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sociaux 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
12/09/2020	Consultation	Généraliste	Dr. AMMOUI Marouane Médecin des Urgences	
20/09/2020	à domicile			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	
REEDUCA&FIT Sarl Au Rue George Sand n°3 n°4 1er Etage - Casablanca Tél: 06-74-39-86-22	14/09/2020	24				24 x 200 = 4800 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 de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ntaire :

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.

ladie 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- 046607

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 472 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSAN FILALI ANSARY

Date de naissance : 1942

Adresse : 02 rue el osabi Sidi Abdellah - Apt 26

Tél. : 0661 69 19 98 Total des frais engagés : 4,800 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-046607

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 : 472 Nom de l'adhérent(e) : FILALI

Total des frais engagés : 4,800

Date de dépôt :

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
REEDUCA&FIT Sarl Ay Rue George Sand Immeuble 3 n°4 1er Etage - Casablanca Tél: 06-74-39-86-22	18/11/2020		24	Séances		24 x 20 = 480 DT

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 l'ostéodensitométrie.

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	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Casablanca.

12/09/2020

Hassan Fihali Ansary

* 78 ans

* Présente une hypertension artérielle, avec maladie de Parkinson avec des difficultés de la marche.

* Son état nécessite 24 (vingt quatre) séances de kinésithérapie de motricité et réactionnelle.

SOS ALLO DOCTEUR CASABLANCA

219, Avenue Mustapha El Maani,
3 ét., appart N°6, Mers Sultan, Casablanca, Maroc
chiadmiamine99@gmail.com www.sosallodocteur.com

(+212) 522 26-67-67/

(+212) 522 36-67-67

~~Dr. AMMOUI Marouane~~
~~Médecin des Urgences~~



Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle

NOTE D'HONORAIRE

Casablanca le : 18/11/2020.

Concernant : ...M^r. Hassan filali Aoudia...

Réeduca&Fit vous remercie pour votre confiance et vous prie de trouver ci-dessous le détail des honoraires pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

REEDUCA & FIT

.....21... séances de rééducation.

Séances de rééducation AMM ...9+5/2...

Total à payer :14.000 = 18.000 DHS...

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre Mille Huit cents Dirhams,

REEDUCA&FIT SarlAU
Rue George Sand Imm 3
n°4 1er Etage - Casablanca
Tél: 06-74-39-86-22

Adresse : 3 Rue Georges Sand, étage 1 N° 4, Val Fleuri - Casablanca Maroc

Tel : 0674398622 **Email :** reeducaetfit@gmail.com

RC : 459795 **Patente :** 34796062 **ICE :** 002319241000007 **IF :** 37682028



Centre de rééducation et réadaptation fonctionnelle

CALENDRIER

1^{re} Séance : 16/09/2020.

2^e .. 18/09/2020.

3^e .. 21/09/2020.

4^e .. 23/09/2020.

5^e .. 25/09/2020.

6^e .. 28/09/2020.

7^e .. 30/09/2020.

8^e .. 01/10/2020.

9^e .. 05/10/2020.

10^e .. 07/10/2020.

11^e .. 09/10/2020.

12^e .. 12/10/2020.

13^e .. 14/10/2020.

14^e .. 21/10/2020.

15^e .. 23/10/2020.

16^e .. 26/10/2020.

17^e .. 28/10/2020.

18^e .. 24/11/2020.

19^e .. 26/11/2020.

20 .. 19/11/2020.

21 .. 21/11/2020.

22 .. 23/11/2020.

23 .. 25/11/2020.

24 Séances : 18/11/2020

REEDUCA&FIT Sarl Au
Rue George Sand Immeuble 3
n°4 1er Etage - Casablanca
Tél: 06-74-39-86-22

Adresse : 3 Rue Georges Sand, étage 1 N° 4, Val Fleuri - Casablanca Maroc

Tel : 0674398622 Email : reeducaetfit@gmail.com

RC : 459795 Patente : 34796062 ICE : 002319241000007 IF : 37682028