

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Alcazar Abdellah - Borne Etape Angé - Rue Mohamed Fakir et Rue Alcazar Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon - Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 35 45 (16) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-773859

158435

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) : 5035

Matricule : 5035 Société : RAM

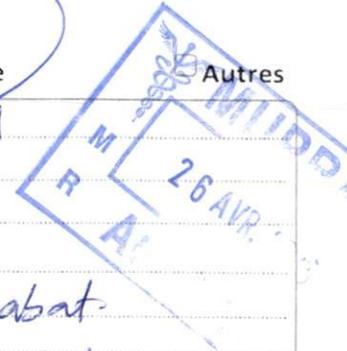
Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BADRI FAICAL

Date de naissance : 09/03/1962

Adresse : Km 20 Bd Mohammed 6 Rabat

Tél : 0661326333 Total des frais engagés : 1500 dh Dhs



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2015

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/02/2023

Nom et prénom du malade : AMHAR HANANE Age : 52

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : l'arthrose

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 : Rabat Le : 06/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-773859

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 : 5035

Nom de l'adhérent(e) : Faical BADRI

Total des frais engagés : 1500dh

Date de dépôt :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
03/02/23				INP : <i>(Handwritten signature and stamp)</i>

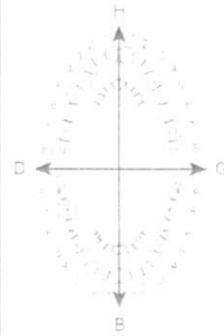
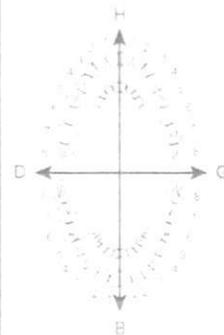
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>(Signature)</i>	06/02/23					30000 rouds

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES											
Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratique 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'O.D.F											
SOINS DENTAIRES	Dents Traitees	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>							
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>							
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>							
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>							
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>							
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>						
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		D	G	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H									
		D	G								
		B									
		[Creation, remont, adjonction]			DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
Emocional, Therapeutique, necessaire a la prothese			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hourya EL ALAOUÏ SAYAH

Rhumatologue



الدكتورة حورية العلوي السايح

أخصائية في أمراض العظام، المفاصل والعمود الفقري

- ⌚ Echographie ostéoarticulaire
- ⌚ Troubles statiques du rachis
- ⌚ Appareillage des handicapés moteurs
- ⌚ DU. de médecine physique et de réadaptation



1 0 1 1 2 3 3 8 8

Rabat, le

03 Février 2023

Mme AMMOR HANANE

Faire svp kinésithérapie pour cervicarthrose

- IR et massage décontracturant
- Tractions douces à visée antalgique
- Tonification isométrique des paraspinaux
- Travail de la ceinture scapulaire
- Autoprogramme

2X/semaine X 15séances


Dr. Hourya EL ALAOUÏ SAYAH
Rhumatologue
Mahaj Riad, Immeuble 2, Appt 3
Hay Riad - Rabat
Tél: 0537 563 807


Sté. ESSENTIEL KINE
Secteur 9, Immeuble 9
Hay Riad - Rabat

📍 Mahaj Riad, Immeuble 2, Appartement 3
à côté de Paul en face de la BMCI Hay Riad - Rabat
ICE : 00155643100001061

☎ +212 (0) 537 563 807
✉ elalaouihourya@yahoo.fr



ESSENTIEL'KINÉ

Centre de kinésithérapie

FACTURE

Date : 03/04/2023
FACTURE N° : 2023 / 0039

#Erreur

MEDECIN TRAITANT : DR SAYAH

Mode de paiement :

Nom du patient

AMMOR HANANE

Désignation	Nombre de séance	Prix/Séance	Total
LOMBALGIES	15	200,00	3000,00

Total : 3 000,00 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
TROIS MILLE DH ..

JMEE
045036506

Signature
Mahaj Riad, Secteur 9, Imm. n° 9, Appt. n° 4, Hay Riad - Rabat