

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0037161

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 27-30 Société : 175108

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Boukhalil Mohamed

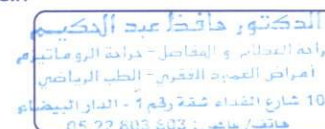
Date de naissance :

Adresse : 14 Rue D. ANFA casa

Tél. 0677 69 3120 Total des frais engagés : #1800,00 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/08/2023

Nom et prénom du malade : Bichri Touria Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Fracture excentrique humerus G

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie:

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 : 08/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
08/01/23	E		Gratuit	


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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

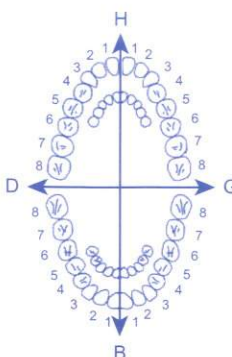
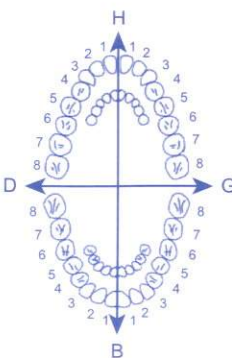
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	08/19/23					15 x 120
						5
						1800

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hafid Abdelhakim

دكتور حافظ عبد الحكيم

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Chirurgie Rhumatismale
Chirurgie Arthroscopique (DIU Toulouse)
Chirurgie de la Main
Maladies et Chirurgies du Genou
Maladies de la Colonne Vertébrale
Traumatologie du Sport

جراحة العظام والمفاصل
جراحة الروماتيزم
الجراحة المجهرية
جراحة اليد
أمراض وجراحة الركبة
أمراض العمود الفقري
الطب الرياضي



Casablanca, le 08/8/23

Bichri Touria

Fracture proximale Humérus G
Complétée avec Caléfiante
Giff de Bistone et tendons
sans restriction égale G
15 sep 23

الدكتور حافظ عبد الحكيم
جراحة العظام و المفاصل - طب الروماتيزم
أمراض العمود الفقري - الطب الرياضي
104 شارع النداء شقة رقم 1 - الدار البيضاء
هاتف / فاكس : 05 22 803 803

Prise en charge spécialisée pour :

- Les maladies rhumatologiques (arthrite, arthrose ...)
- Les traumatismes (les fractures, les entorses ...)
- Les maladies neurologiques (paralysie, sciatique ...)
- Les maladies de la colonne vertébrale (hernie discale, scoliose ...)

Houria ZOUHRI

kinésithérapeute - Physiothérapeute



Prise en charge spécialisée pour :

- Kiné de sport
- Kiné respiratoire
- Gymnastique pré-poste natale
- Drainage lymphatique

Casablanca : 08.09.2023

N° : 281 / 23 Facilin

Nom : BICHER Prénom : Houria

Rééducation : Fr. trochan Rumeaux G.D

Medecin Prescripteur : HAFID ABDELHAKIM

Cotation : M

Nombre des séances : 15

Cout de la séance : 120 M

Cout Total : 1800 M

HOURIA ZOUHRI
Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Signé :

46 BD ZERKTOUNI ETG 2 APPT N° 06

IF : 18783068 - ITP : 34250693 Email : houriazhr@gmail.com

0522.803.803 - 06.41.99.58.28



Houria ZOUHRI

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Nom BICHRI
Prénom Houfira
N° Dossier 15
Nombre de séances 15

حورية زوهري
اختصاصية في الترويض
الطبي

05 22 80 38 03
06 41 99 58 28

46 BD ZERKTOUNI ETG N° 6 CASABLANCA

Email : houriazhr@gmail.com

Prise en charge spécialisée pour :

- Les maladies rhumatologiques (arthrite, arthrose
- Les traumatismes (les fractures, les entorses.....)
- Les maladies neurologiques (paralysie, sciatique.....)
- Les maladies de la colonne vertébrale
(hernie discale, scoliose.....)
- Gymnastique pré-poste natale
- drainage lymphatique
- kiné respiratoire

VOS PROCHAINS RENDEZ-VOUS

le 8 / 8 / 23 à h
 le 9 / 8 / 23 à h
 le 11 / 8 / 23 à h
 le 15 / 8 / 23 à h
 le 17 / 8 / 23 à h
 le 19 / 8 / 23 à h
 le 22 / 8 / 23 à h
 le 24 / 8 / 23 à h

le 26 / 8 / 23 à h
 le 28 / 8 / 23 à h
 le 30 / 8 / 23 à h
 le 1 / 9 / 23 à h
 le 4 / 9 / 23 à h
 le 6 / 9 / 23 à h
 le 8 / 9 / 23 à h
 le / / à h

le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h

le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h
 le / / à h

HOUM ZOUHRI
 Kinésithérapeute-physiothérapeute
 Tél: 0522 803 803 - Gsm: 0641 995 828

En cas d'empêchement, merci de prévenir 24 heures à l'avance