

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

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être fidèlement 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	13198	Société :	RATI
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	119526
Nom & Prénom :		KASBAOUI Adam	
Date de naissance :		20/08/96	
Adresse :			
Tél. :		0707052117	Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input checked="" type="checkbox"/> 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 : 16/11/13 Casablanca Le : 16/11/13

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

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	
CABINET DE KINÉSITHÉRAPIE YASSER MED Tél: 06 64 42 00 98 E-mail: yassermed.physio@gmail.com CH 4, inn 1, App 3, Andalous 2, Bouskoura	23/10/23 16/11/23	24	Seances			3600,00 dhs

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE RÉÉDUCATION
YASSER
M E D

GH 4, Immeuble 1, Appartement 3, Andalous 2 - Bouskoura
(En Face les Stades Andalous de Proximité)
yassermmed.physio yassermmed.physio@gmail.com
06 64 42 00 98

16/12/23
Casablanca le,

FACTURE

La somme de 3600.00 dh / trois mille six cents dirhams
Pour une série de 24 Séances rééducation fonctionnelle pour
sublisation récidivante de deux épaules

Adressée à Dr KASBARI APR.
Durant la période du 23/10/23 au 16/12/23
Sur ordonnance du docteur C'AP GRB Abdellatif

ABINET DE KINÉSITHÉRAPIE
YASSER MED
Tél: 06 64 42 00 98
Email: yassermmed.physio@gmail.com
Andalous 2, Bouskoura

Signé
Mohamed Yasser
ABOUDDAFRE

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie

Ancien Chef du Service de
Traumatologie et Orthopédie P32
du centre Hospitalo-Universitaire
Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

Casablanca, le

الدكتور عبد الكريم العرثاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل
رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل
بالمستشفى الجامعي
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

الدرا، الضاء، في

DUPLICATA

M² KASBATORU ADAM

Tableau de hébreuisme

antennal recidivate

de 2 epaule

Bath 24/long

de ~~ree~~ dubahon de

Lepaule - Mary Lee

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maâni - Vers Sultan - 20130 Casablanca

Tél. : 0522 22 33 00 / 01 - E-mail : pr.abdelkrimlarga@gmail.com

Bureau B, N-250, 1947, 1951, 1954, 1957

Morocco from Casablanca



CABINET DE RÉÉDUCATION **YASSER** M E D

By
Mohamed Yasser
ABOUDDAFRE

- Nom:
- Prénom:

Dr. KASSABOUI
Adel

06 64 42 00 98
yassermed.physio yassermed.physio@gmail.com
GH 4, Immeuble 1, Appartement 3, Andalous 2 - Bouskoura
(En Face les Stades Andalous de Proximité)

15 Ans d'Expérience

Jours	Date	Heure	Reçu
1 ^{eme}	23/10/23	20h00	150 dhs
2 ^{eme}	25/10/23	"	150 dhs
3 ^{eme}	27/10/23	"	150 dhs
4 ^{eme}	30/10/23		150 dhs
5 ^{eme}	01/11/23		150 dhs
6 ^{eme}	03/11/23		150 dhs
7 ^{eme}	07/11/23		150 dhs
8 ^{eme}	09/11/23		150 dhs
9 ^{eme}	11/11/23		150 dhs
10 ^{eme}	13/11/23	"	150 dhs

Jours	Date	Heure	Reçu
11 ^{eme}	15/11/23	"	150 dhs
12 ^{eme}	17/11/23	"	150 dhs
13 ^{eme}	19/11/23		150 dhs
14 ^{eme}	22/11/23		150 dhs
15 ^{eme}	24/11/23		150 dhs
16 ^{eme}	27/11/23		150 dhs
17 ^{eme}	29/11/23		150 dhs
18 ^{eme}	01/12/23		150 dhs
19 ^{eme}	04/12/23		150 dhs
20 ^{eme}	06/12/23		150 dhs



CABINET DE RÉÉDUCATION **YASSER** M E D

By

Mohamed Yasser
ABOUDDAFRE

- Nom: _____

- Prénom : _____

06 64 42 00 98

 yassermmed.physio  yassermmed.physio@gmail.com
 GH 4, Immeuble 1, Appartement 3, Andalous 2 - Bouskoura
(En Face les Stades Andalous de Proximité)

15 Ans d'Expérience

Jours	Date	Heure	Reçu
1 ^{eme}	08/12/13	20h	150 dhs
2 ^{eme}	13/12/13		
3 ^{eme}	15/12/13		
4 ^{eme}	16/12/13		
5 ^{eme}			
6 ^{eme}			
7 ^{eme}			
8 ^{eme}			
9 ^{eme}			
10 ^{eme}			

ABINET DE KINESITHERAPIE
 Tel: 06-64 42 00 98
 E-mail: yassermed.physio@gmail.com
 14, Avenue 1, App 3, Andaleus 2 - Bourgoun

Jours	Date	Heure	Reçu
11 ^{eme}			
12 ^{eme}			
13 ^{eme}			
14 ^{eme}			
15 ^{eme}			
16 ^{eme}			
17 ^{eme}			
18 ^{eme}			
19 ^{eme}			
20 ^{eme}			