

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

M23-0023220

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13198 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KASSABOUI 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 : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : 16/12/23 Casablanca Le : 16/12/23
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

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

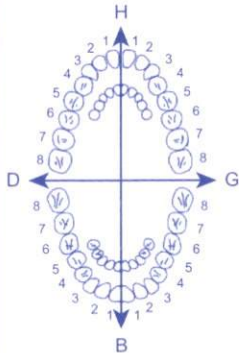
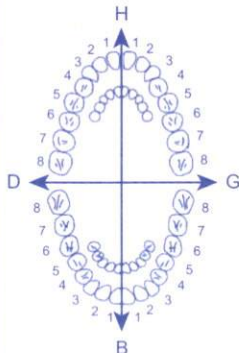
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CABINET DE KINESITHERAPIE YASSER MED Tél: 06 64 42 00 98 E-mail: yasser.med.physio@gmail.com GH 4, inn 1, App 3, Andalous 2 - Bouskoura	23/10/23 16/11/23		24	seu		3600,00 dhs

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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																	
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
																				

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)

📞 yassermed.physio 📧 yassermed.physio@gmail.com

☎ 06 64 42 00 98

Casablanca le, 16/12/23

FACTURE

La somme de 360000 dh / trois mille six cents dirhams

Pour une série de 24 Séances rééducation fonctionnelle pour
subluxation récurrente de l'axe épaul

Adressée à Mr KASBAoui ADAM

Durant la période du 23/10/23 au 16/12/23

Sur ordonnance du docteur DR GAB Abdelkrim

CABINET DE KINÉSITHÉRAPIE
YASSER MED
Tél: 06 64 42 00 98
Email: yassermed.physio@gmail.com
GH 4, Immeuble 1, Appartement 3, 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 عبدالكريم العرڤاب

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

الفحص بالموعد

الدار البيضاء, في

DUPLICATA

M^r KASSABOUZ ADAM

Tableau de subluxation

anterieur, recidivante

des 2 epaules

traumatiser 24/04/2013

de ne subluxation des

2 epaules : 31/05/2013

Pr. Abdelkrim LARGAB

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

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

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

CABINET DE RÉÉDUCATION YASSER MED

By
Mohamed Yasser
ABOUDDAFRE

- Nom:

- Prénom :

15 Ans d'Expérience

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)

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

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



CABINET DE RÉÉDUCATION

YASSER
M E D



By
Mohamed Yasser
ABOUDDAFRE

- Nom: _____

- Prénom : _____

☎ 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 ^{ème}	08/12/13	20h	15e dh
2 ^{ème}	13/12/13		15e dh
3 ^{ème}	15/12/13		15e dh
4 ^{ème}	16/12/13		15e dh
5 ^{ème}			
6 ^{ème}			
7 ^{ème}			
8 ^{ème}			
9 ^{ème}			
10 ^{ème}			

CABINET DE KINÉSITHÉRAPIE
 YASSER MED
 Tél: 06 64 42 00 98
 E-mail: yassermed.physio@gmail.com
 14, rue 1, App 3, Andalou 2 - Bouckour

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