

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 :	3233	Société :	RDM (RETRAITÉE)
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ND
Nom & Prénom :		SABER Sounia	
Date de naissance :		10/03/1962	
Adresse :		18 RÉSID. GRIZI 1 Avenue du YASSINIE APPARTEMENT HAY RWA CASA	
Tél. :	066 083893	Total des frais engagés :	# 1340,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input checked="" 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 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 : 03 APR 2024

Le : 05/02/2024

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
20/11/2015				

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

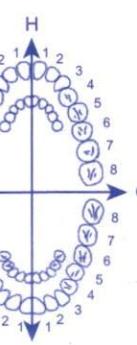
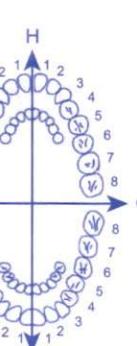
AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000 D ————— 00000000 B 35533411	G	Coefficient des travaux
		21433552 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

18/11/2005

Dr Dr. Bourassa

Per 5^o
medium - 6.
liberale 5^o

+ ampoules + + + Please send

I no pick + +
(15 drops)

PICHAGOU Anis
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Tél: 06 61 55 25 72

MAROUANE HOBAIZI
Kinésithérapeute & physiothérapeute
 مروان هوبزي
 أخصائي في الترويض الطبي
 والعلاج الفيزيائي

Calendrier :

Salé le: 05 - 02 - 2024

Nom prénom : FAYEZ DURRAT

N° DE SÉANCE	LA DATE
1	10/01/24
2	12/01/24
3	15/01/24
4	17/01/24
5	19/01/24
6	22/01/24
7	24/01/24
8	26/01/24
9	29/01/24
10	31/01/24
11	02/02/24
12	05/02/24
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Signature : **MAROUANE HOBAIZI**
 Kinésithérapeute
 18, Rue Tabouk, Hay Sbihi
 Rez-de-Chaussée Fabrique Sale
 GSM: 06 65 22 87 77 - 038 85 34 84
 INPE: 0450 4731

MAROUANE HOBAIZI

مروان هوبيزي

Kinésithérapeute &

اختصاصي في التهريض الطبيعي

Physiothérapeute

والعلاج الفزيائي

FACTURE

Salé le : *24/02/2014*

Nom et prénom : *Marouane HOBAIZI*

1 séance de rééducation fonctionnelle à *150,-* DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées..... *12*

Arrêté la présente facture à la somme de *1.800,-*

Mille huit cent dirhams.

--patente : 290 19 349

--I.F : 40484828

--I.C.E : N°000828680000048

Identité bancaire : 181 815 2111107313190006 25

(Banque populaire à salé)

Non affilié à la CNSS

Cachet et signature:

*Marouane HOBAIZI
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk, Hay Sbihi
Rez-de-Chaussée Tabriquet-Salé
GSM: 06 65 22 87 77 - 05 38 85 34 84
INPE: 06 65 05 47 31*

18 Rue Tabouk, Hay Sbihi Tabriquet-Salé-Gsm : 06 65 22 87 77

E-Mail : hobaizimarouane@gmail.com

Marouane HOBAIZI

مروان هوبايزي

Kinésithérapeute &
Physiothérapeute

اختصاصي في الترويض الطبي
و العلاج الفيزيائي

DEVIS

Salé le : 20/11/2025

NOM ET PRENOM : MAROUANE HOBAIZI

1 séance de rééducation fonctionnelle à ... 100,00 DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées 11

arrêté le présent devis à la somme de ... 2210,00

Une heure dure est cinquante dinars

--Patente : 290 19 349
-- I.F : 40484828
-- I.C.E : N° 000828680000048

Cachet et signature :

Marouane HOBAIZI
Kinésithérapeute
18,Rue Tabouk, Hay Sbihi
Tunisie-Chaussée de l'Industrie
GSM: 06 65 22 87 77 05 38 85 34 84