

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

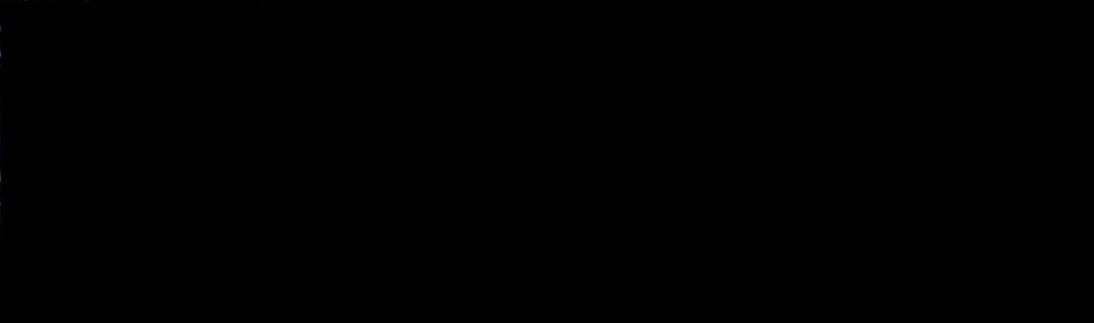
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

PR4FR05/V2/20-10-2023

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 12838		Société : Royal Air Maroc	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AFRHOUL Nohamed Amine		Date de naissance : 08-12-1986	
Adresse : Casablanca		A 91998	
Tél. :		Total des frais engagés : 12000,00 Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : Age: 40			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Devant			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <input type="checkbox"/>			
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 : / /	
Signature de l'adhérent(e) :			

Autorisation CNDP N° : A-A215 /2019

ACCUEIL
MAR. 2024
MUPRAS

Cachet de l'organisme : 	
Date : 2024-01-15	
Nom et prénom du malade : AFRHOUL Nohamed Amine	
Lien de parenté : Lui-même	
Nature de la maladie : Devant	
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <input type="checkbox"/>	
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 : / /	
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 Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Nouhad K AINESI H 05227873 Casablanca</i>	<p><i>Duc</i></p> <p><i>29.04.24</i></p> <p><i>pu</i></p> <p><i>28.02.24</i></p>			<i>10 AM M₇</i>		<i>8000,00 dh</i>

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			
	$ \begin{array}{r} H \quad 25533412 \quad 21433552 \\ D \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \hline B \quad 00000000 \quad 00000000 \\ \quad 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		Coefficient des travaux	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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

NOUHAD KHALIL

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

LOT EL FATH 1 N 37. FLORIDA SIDI MAAROUF
CASABLANCA

TEL.: 0522 78 72 47 - FAX : 0522 78 72 47



نهاد خليل

الخصائية في الترطيب الطبي
و العلاج الفزلي

حي الفتح 1 الرقم 37 فلوريدا سيدى معروف
الدار البيضاء

الهاتف: 0522 78 72 47 - الفاكس: 0522 78 72 47

DEVIS

Casablanca, Le

17.01.24

Nom : Afrhoul Prénom : Yassine

La somme de : 4000,00 dh (Quatre mille dinars)

Pour une série de : vingt séance de rééducation

fonctionnelle pour STCM droit.

Adressées à

MUPRAS

Sur ordonnance du docteur

S. liemlahi

Nouhad KHALIL
KINÉSITHÉRAPEUTE
LOT EL FATH 1 N 37
FLORIDA - SIDI MAAROUF
TEL: 0522 - 78 - 72 - 47

KINESITHERAPIE

PHYSIOTHERAPIE

ENDERMOLOGIE



Asthme – Allergologie

- Diplômée de l'Université de Grenade - Espagne
 - Ancienne attachée au CHU de Grenade - Espagne
 - Ex-chef de service de pédiatrie à l'Hôpital Hassani à Casablanca

الريو - الحاسية

- ٤- خريجة جامعة غربنطة - اسبانيا
 - ٥- ملحقة سابقة بالمستشفى الجامعي بغرنطة - اسبانيا
 - ٦- رئيسة سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسني بالدار البيضاء

الدار البيضاء، في : ١٥ JAN ٢٠٢٤ : Casablanca, le

Afrikana Yassine,

Visceral orthopedic

D. Devictief STN.

Nouhad KHAILI
KINESITHERAPEUTE
Tél : 0522 - 78 - 72 - 47
Floride - SNC - Barouf
Lot 101 - Ch 1 N° 37

(*Sur rendez-vous*)

0522583410 – drliemlahiepediatre@gmail.com

Angle Bd.Al Qods et Bd.Aboubakar Al kadiri,Imm.BC, 3 ème étage, N°31
Sidi Maarouf-Casablanca (en face du rond point Al Moustakbal)

NOUHAD KHALIL

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

LOT EL FATH 1 N 37. FLORIDA SIDI MAAROUF
CASABLANCA

TÉL.: 0522 78 72 47 - FAX : 0522 78 72 47



نهاد خليل

إختصاصية في الترطيب الطبيعي
و العلاج الفزيائي

حي الفتح 1 الرقم 37 فلوريدا سيدى معروف
الدار البيضاء

0522 78 72 47 - الفاكس: 0522 78 72 47

NOTE D'HONORAIRES

ICÉ = 000642180000084

Casablanca, Le 28.01.24

Nom : AFRIKTOUL

Prénom : Yasmine

Diagnostic : Déviation STM droit

Intervention : Rééducation fonctionnelle

Cotation : 10 AMM

Période : Du 29.01.24 Au 28.01.24

Sur ordonnance du docteur S. Lienkeli

Honoraires : 2000,00 Dhs

(Deux mille dirhams)

Nouhad KHALIL
KINESITHERAPIE
Lot. EL FATH N°37
Sidi Maarouf Casablanca
Tél/Fax : 0522 78 72 47

KINESITHERAPIE

PHYSIOTHERAPIE

ENDERMOLOGIE



Douce'heure

LOT EL FATH 1 N 37. FLORIDA SIDI MAAROUF - CASABLANCA
TÉL.: 0522 78 72 47 - FAX : 0522 78 72 47



Kine Douce'heure center

NOUHAD KHALIL
Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Nom : Afr Houc

Prénom : Yasmine

Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance
09.01.01		23.02.08									
01.02.02		26.02.09									
05.02.03		28.02.10									
09.02.04											
13.02.05											
17.02.06											
19.02.07											
KINESITHERAPIE				PHYSIOTHERAPIE				ENDERMOLOGIE			