

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 canaux, 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 canaux.

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

N° M21- 074118

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1707 Société : RAM 197148

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GOUAIR Abdelhak

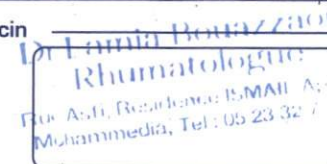
Date de naissance : 3.12.56

Adresse : Imm 17 appartement 6 Mansouria Rachid

Tél : 06610457 04 Total des frais engagés : 3000 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/2/2018

Nom et prénom du malade : Kharrubat Malika Age :

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

Nature de la maladie : Gonarthrose

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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 30/4/24

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

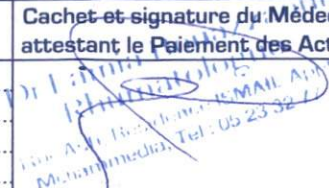
Adresses Mails utiles

- ☐ 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
28/12/14	S			

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

EL FAHIM HAJAR

Cadre Kinésithérapeute

Sebt, Mag. N°101-Mohammedia

Tél: 05 23 32 42 32

Dr. D. B. B. B. B.

An

21/01/14

1 5 0 Dr.

20 séances

3000,00

Dr.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

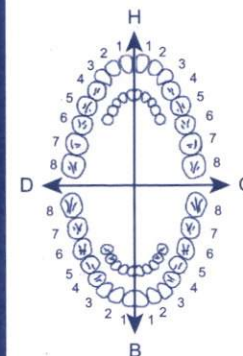
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

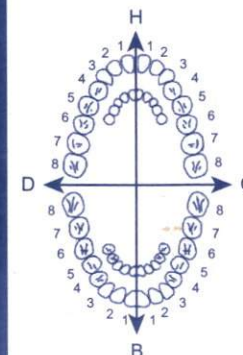
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE KINESITHERAPIE

Hajar EL FAHIM

مركز الترويض الطبي و العلاج الفيزيائي

Mohemmadia le 24/04/2024

MME KHARROUBAT MALIKA

EL FAHIM HAJAR
Cadre Kinésithérapeute
Bd. Sebta, Mag. N°101-Mohammedia
Tél : 05 23 32 42 32

ANNEXE : CALENDRIER

SEANCE	DATE
01	06/03/2024
02	08/03/2024
03	11/03/2024
04	13/03/2024
05	15/03/2024
06	18/03/2024
07	20/03/2024
08	22/03/2024
09	25/03/2024
10	27/03/2024
11	29/03/2024
12	01/04/2024
13	03/04/2024
14	05/04/2024
15	08/04/2024
16	15/04/2024
17	17/04/2024
18	19/04/2024
19	22/04/2024
20	24/04/2024



CENTRE KINESITHERAPIE

Hajar EL FAHIM

مركز الترويض الطبي و العلاج الفيزيائي

Mohemmadia le : 24/04/2024

FACTURE N 41/24

POUR

20 Séances de kinésithérapie

Durant la période

DU 06/03/2024 AU 24/04/2024

Adressées à Mme/ Mr

KHARROUBAT MALIKA

Sur ORDONNANCE DU DOCTEUR





BOUAZZAOU LAMIA

SOIT

20 SEANCES X 150.00Dhs = 3000.00Dhs

Paiement en espèce

EL FAHIM HAJAR
Cadre Kinésithérapeute
Bd. Sebta, Mag. N° 101 - Mohammedia
Tél : 05 23 32 42 32

N° Dossier: 197148 
N° Dossier externe: ACC-01/03/2024
Type de dossier: REEDUCATION , v
Bénéficiaire: KHARROUBAT MALIKA
Situation: En attente v
Sous-situation: --- v
Date de début: 01-03-2024 
Date de fin: 
Date de saisie: 01-03-2024
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
01-03-2024	Manuel	OK pour 20 séances de rééducation

Dr Lamia Bouazzaoui

RHUMATOLOGUE

Médecin Spécialiste des Maladies des Os
des Articulations de la Colonne Vertébrale
et des Maladies Rhumatismales
Echographie Ostéo-articulaire



الدكتورة لمياء بوعزاوي

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام

و المفاصل و أمراض الروماتيزم

الفحص بالصدى

Mohammedia, le 28/2/2024.

EL FAHIM HAJAR
Cadre Kinésithérapeute
Bd. Selwa, Mag. N°101-Mohammedia
Tél.: 85 23 32 42 32

Mohammed
Hajar

Reçu pour

on the table

- A m. du men. po extens
- Dupuytren de CCA

- Dupuytren de po sup

- Dupuytren

27/02/2024

Dr Lamia Bouazzaoui
Rhumatologue
Tél.: 0523 32 77 85