

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº W19-524508

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4884	Société : MAAROUFI FOUAD	BP 5933 POSTE EL HARCHOURA TEMARA	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	37692
Nom & Prénom : MAAROUFI FOUAD			
Date de naissance : 21.01.1940			
Adresse :			
Tél. : 06 61 47 03 52		Total des frais engagés : 1 500 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : MAAROUFI FOUAD Age : 80			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Rééducation fonctionnelle			
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 : **RABAT** Le : **10/08/2020**
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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
MRWA ES-SEBAN Thérapeute - Physiothérapeute Loudaya, Témoigne N°936 D.C. - Témoignage N°1542221 03 AVRIL 2011	03 AVRIL 2011		150 DH	100		1500 DH	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.													
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>									
COEFFICIENT 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> D <input type="text"/> G <input type="text"/> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> B <input type="text"/>				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552											
	00000000	00000000											
	00000000	00000000											
	35533411	11433553											
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

السلطة المغربية
رئاسة الصحة
المراكز الاستشفائية الجامعية ابن سينا

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital des Spécialités



الرباط - المغرب
الدار البيضاء - المغرب
+212 3 72 00 00 00
+212 3 72 00 00 00

Docteur : Docteur N. BIROUK
Pr. de Neurologie
Hôpital des Spécialités-Rabat
INPE : 101107597

Rabat, le : 21/01/2020

M. Alaaoui Fouad

Kinéthérapie (Atteinte de la
Cervicale)

- Ramages de catécholamines
- Réhabilitation postopératoire avec étirements musculaires
- Travail actif d'estirement des muscles renforcée par électrostimulation
- Travail de la respiration

voileuse & Zén

MARWA L. SEGBANH
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Spécialiste ostéopathie
R.D.C. - Tamara
GSM: 06 18 42 93 21

Docteur N. BIROUK
Pr. de Neurologie
Hôpital des Spécialités-Rabat
INPE : 101107597



MARWA ES-SEBBANI

Kinésithérapeute-Physiothérapeute

Témara, le : 06 AOUT 2020

Facture N° : 1121 / 20

Nom : Naâmanfi

Prénom : Fouad

Nombres de séances : 10 séances (2 fois / semaine)

Diagnostic : Sclérose latérale Amyotrophique

Rubrique	Code	Nbre.U	P.U	Total
Séances Rééducation	CS	10 s	150 DHS	1500 DHS

Arrêté à la somme de : Mille cinq cent Dirhams

MARWA ES-SEBBANI
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
~~ESPRIT~~
Guiche Loudaya, Immeuble N°936
R.D.C - Témara
Gsm: 06 16 42 93 21

MARWA ES-SEBBANI
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Guiche Loudaya, Immeuble N°936
R.D.C - Témara
Gsm: 06 16 42 93 21

ICE : 001756680000021 / IF : 18810421

ڭيش لوداية، عمارة 639، الطابق السفلي الشقة 1 (قرب مقهى بافاريا) - تمارا
Adresse : Guiche Loudaya, Immeuble N° 936 Rez-de-chaussée App. 1
(à côté de café Bavaria) - Témara - GSM : 06 16 42 93 21

- 1 - 06 JUIL 2020
- 2 - 09 JUIL 2020
- 3 - 13 JUIL 2020
- 4 - 16 JUIL 2020
- 5 - 20 JUIL 2020
- 6 - 23 JUIL 2020
- 7 - 27 JUIL 2020
- 8 - 30 JUIL 2020

- 9 - 10 3 AOUT 2020
- 10 - 06 AOUT 2020
- 11 -
- 12 -
- 13 - MARWA ES-SERBANI
Kinésithérapeute / Physiothérapeute
Guiche Loudaya, 1000
R.D.C. Témara
- 14 -
- 15 -
- 16 -

- 17 -
18 -
19 -
20 -
21 -
22 -
23 -
24 -

عيادة الترويض الطبي

Cabinet de Kinésithérapie

مروى الصبانى Marwa ES SEBBANI

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

أخصائية في الترويض الطبيعي والعلاج الفيزيائى

Calendrier des séances

Patient (e): Noâmfi Fouad

ڭيش لوداية، عمارة 639، الطابق السفلي الشقة 1 قرب مقهى بافاريا - تمارة
Guiche Loudaya, Immeuble N° 936 Rez-de - chaussée App.1

(à côté de café Bavaria) Témara

GSM : 06 16 42 93 21