

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.

Adresses Mails utiles

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

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



devenir
accord Ken

Déclaration de Maladie : N° P19-0010129

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **211186**

Matricule : **7580**

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : **ESSAHBI Hassan** Date de naissance : **01/11/1961**

Adresse : **Boc 3 N°20 HAY AL ELHAM ALTEHADIA DENEIRA**

Tél. : **0695560949** Total des frais engagés : **3072/30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **08/01/2020**

Nom et prénom du malade : **SABRI Karim** Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : **Affect. chronique**

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 :

Le : **08/01/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. N. EL KHALIL
MEDECIN GÉNÉRALISTE
48, Place Assala
Tél. 33-67-50

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
08/01/2020	C + ec2		220,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/01/2020 13/01/2020 13/01/2020	114,30 140,00 198,00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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	
	08/01/2020 13/01/2020 20/03/2020	AMH AMH 7 AMH 6				120 x 20 2400 quatre cents DH

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'OD

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Nawal MAZABI ELAMGHARI

Médecine Générale

Tél: 05 28 33 67 30

الدكتورة نوال مزابي الأمغاري

الطب العام

الهاتف : 05 28 33 67 30

Date: 08 JAN 2021

Nom et Prénom:

Mr Sabir HAMMAM

69,60

① Esve 20 gel



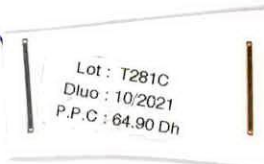
64,90

② Transfere 20 gel



② Transfere 20 gel

114,50



PHARMACIE AL FETOUAKI
Dr. M. MAZABI
Bd. A. ...
Al ...
Tél: ...

INPE: 42023671



ORDONNANCE

Le : 08 JAN 1981

chacun ven.
go sur sur
cette Meuli par
beaucoup de l'équipe
pour continuer.
20 jours de Kenenithy
de l'équipe

Docteur Nawal MAZABI
MEDECINE GENERALE
Assais
10, Place
TAL 35, 20

echo al dounut.

Frie hum
de ville et d'echer
un

VBahlu
a. Un fri
Rin Oct Mney



Cabinet Yacine de Kinésithérapie,
Physiothérapie et rééducation fonctionnelle

FACTURE DE KINESITHERAPIE

Fact N° : 0009 01 2020

Inezgane le: 13/01/2020

Nom du patient(e): Karima Sobri

CIN N° : JB 81933

Nom du Kinésithérapeute et Tampon :

ميدادة الترويض الطبي
والعلاج الفزيائي
ياسين لغلابي
141 شارع المدارس انزغان
الهاتف : 06 41 37 99 90

Suit des séances de rééducation après :

Tendinite de l'épaule gauche

Nombres de séances et type de PEC	prix unitaire	période
20 séances de rééducation - étirement - renforcement musculaire - physiothérapie - Proprioception - Apprentissage autorééducation - conseils d'hygiène de vie	200	du 13.01.2020 au 20.03.2020

Total : 2400 DH

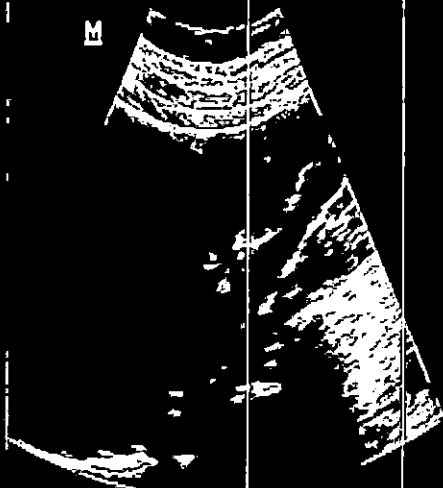
Note :

(soit deux mille quatre cents DH)

mindray Dr MAZABIHAWAL

35C50EA AP91% MI0.7 T15 0.3

M



08/01/2020 19:15:51

DP-5

ABD P6d

3

F115.041 / D112.9

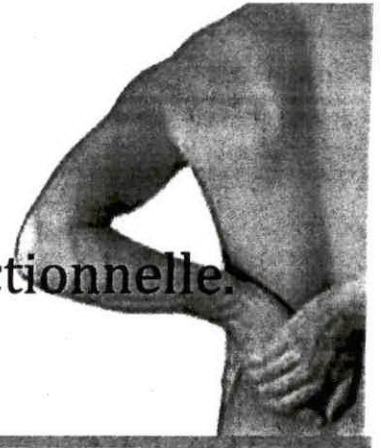
ESA / FR39

IPS / DR120

426/426



Cabinet de Kinésithérapie, Physiothérapie et rééducation fonctionnelle.



Planning des séances

Nom et prénom : *Karina Sobri*

Nombre de séances : *20 séances*

	Jour	Heure		jour	Heure
1	13.01.2020	16h	16	06.03.2020	16h
2	14.01.2020	16h	17	09.03.2020	16h
3	20.01.2020	16h	18	13.03.2020	16h
4	24.01.2020	16h	19	16.03.2020	16h
5	27.01.2020	16h	20	20.03.2020	16h
6	31.01.2020	16h	21		
7	03.02.2020	16h	22		
8	07.02.2020	16h	23		
9	10.02.2020	16h	24		
10	14.02.2020	16h	25		
11	17.02.2020	16h	26		
12	21.02.2020	16h	27		
13	24.02.2020	16h	28		
14	28.02.2020	16h	29		
15	02.03.2020	16h	30		

حيازة الترخيص الطبي
 والاعتماد الطبي
 ياسين لغلابي
 رقم 141.139 شارع المدارس انزكان
 الهاتف : 06.41.36.99.90