

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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



Déclaration de Maladie

N° W21-607248

59373

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12767</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>NAFILOUM KHADIJA</u>			
Date de naissance : <u>13/11/1987</u>			
Adresse : <u>903 Bd Hassan I, Cité El Qads, La Golline MOHAMMEDIA</u>			
Tél. <u>06 19 61 16 07</u> Total des frais engagés : <u>2020</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age:
Nature de la maladie :	
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 : / /

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

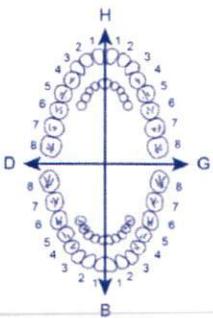
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

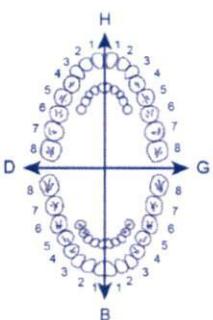
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
My Kine Prévention-Rééducation-Entretien 83 Angle Bd. Yacoub Elmanssour et Rue Nassibeddine 1 Etage Fixe : 0522 996 212	26/02/2021	10	Seances de Kin	de	hours	2022.00 soit 2020. Seances)

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

ENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	<input type="text"/>



Docteur. MOUNIA SABRI
SPECIALISTE EN MEDECINE DU SPORT
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris 13

Diplôme universitaire de Nutrition Clinique et Thérapeutique de l'Université Paris Diderot
Diplôme interuniversitaire de Mésothérapie de l'Université Pierre et Marie Curie

DIU de Médecine Manuelle-Ostéopathie de l'Université Paris Descartes

Diplôme interuniversitaire d'Echographie Générale et Musculo-Squelettique de l'Université Paris Descartes

Membre des Sociétés Françaises de
Médecine du Sport, d'Imagerie Musculo-squelettique, de Nutrition, de Mésothérapie

ORDONNANCE

06 01 2021

MME MAFHOUM KHADIJA

FAIRE REALISER 15 SEANCES DE RELIEGATION JAMBE DROITE.

lésion musculo-aponevrotique des fibulaire à l'insertion sur le périoste de la fibula à la jonction tiers sup-Moyen de jambe droite .

POUR 2-3 séances par semaine

- Physiothérapie antalgique (MANCHON GLACE, ULTRASONOGRAPHIE PULSE, et électrothérapie)
- Laser anti inflammatoire ++ TECAR THÉRAPIE,
- Lifting passifs et actifs des muscles DE LA TOUTE LA CHAÎNE POSTERIEURE TIBIAL POST Ischiojambiers , triceps sural, aponeurose plantaire +++ bilatérale
- Renforcement musculaire et exercices correctifs du genou et segmentaire +++++
- PROPRIOCEPTION
- MOUVEMENTS D'AUTORÉDUCTION en étirement 10 min par jour.

Dr. Mounia SABRI
Spécialiste en Médecine du Sport
Nutrition, Mésothérapie-Ostéopathie Médicale
Echographie Générale et musculo-squelettique Dr. Mounia SABRI
Tél: 00212 5 22 98 15 95

My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yacoub Elmansour
et Rue Nassiheddine 1 Etage
Boudjellil, Rabat, Maroc
Téléphone : 00212 5 22 98 15 95
Fixe : 0522 996 212



Prévention - Rééducation - Entretien

Facture / Note D'honoraires :

N° : 22 / 2021 Date : 26.02.2021

10 séances de A.mma pour Rééducation jambe droite

Au prix de 2000DH (soit 200DH / séance)

Adresser à M^e Hafidhia Khadija

Durant la période du 15.02.2021 au 26.02.2021

Sur ordonnance du Dr Mounia Sabri

Signature:

~~My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yacoub Elmansour
et Rue Nassreddine 1 Etage
Tél.: 05 22 996 212
Adresse:~~

RC : 384365
Patente : 35892484
C.N.S.S : 5634771
IF : 24837240
ICE : 001939724000080

85 Intersection Yaacoub El Mansour et Socrate 1er étage N°1
Tél.: 05 22 996 212
E-mail: contact@mykine.ma

Devis / Demande d'accord



Date : 26.01.2021

Prévention - Rééducation - Entretien

..... 15 séances de A mmo
pour Rééducation jambe droite

Au prix de 3000DA (soit 200DA / séance)

Adresser à M. MaPhoun Khadija

Durant la période du 26.01.2021 au 15.Séances

Sur ordonnance du Dr Mouria Sabri

Signature:

My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yaacoub Elmansour
et Rue Nassiheddine 1 Etage
Fixe : 0522 996 212

Adresse:

85 Intersection Yaacoub El Mansour
et Socrate 1er étage N°1
Tél.: 05 22 996 212
E-mail: contact@mykine.ma

RC : 384365

Patente : 35892484

C.N.S.S : 5634771

IF : 24837240

ICE : 001939724000080

Nom : Mafroum Prénom : Khadija

Jour	Date	Heure	Règlement
Lundi	15/02	14h00	200DA
Mardi	16/02	14h00	200DA
Mercredi	17/02	15h00	200DA
jeudi	18/02	15h00	200DA
Vendredi	19/02	15h00	200DA
Lundi	22/02	15h00	200DA
Mardi	23/02	15h00	200DA
Mercredi	24/02	15h00	200DA
jeudi	25/02	15h00	200DA
Vendredi	26/02	15h00	200DA

NY Kine
79/le Bd. Yacoub Elmanssour
Rue Nassiheddine 1 Etage
Fixe : 0522 996 212