

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

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.

N° W21-601131

69022

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9466			
Société : R-A-M			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NOR CHID Abderrazak			
Date de naissance : 26-12-1969			
Adresse : Rue Tunis Immeuble Samira 2^e étage Apt A Nador			
Tél. : 0678 614 770 Total des frais engagés : Att 12020 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BONFEDA TOURIA Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
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 un emblème 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 : Nador Le 29 AVR 2021	
Signature de l'adhérent(e) : R ACCUEIL	



BEL EVE 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 - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

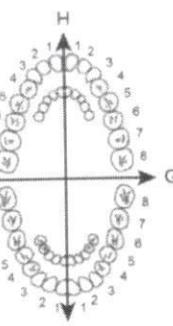
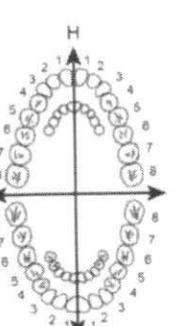
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ENTREE de KINET AL AMAN Angle Bd. Tropoli et Bd. Sidi Maalek Fou N° 26 - Ali Chikh - NADOR Fix 056.33.46.46.	31/03/21 D.L.: 13/02/21 AV: 31/03/21	12	4	0	0	12 x 100 = 1200 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	INP : []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS []
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU												

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام والمفاصل

Casablanca, le : 28/01/2021 الدار البيضاء في

Zoufane Touria

Tendu de la Cte de Né

Partie A

au 12 n° de tendu

dr Hafsa Chah

**CENTRE de KINESITHERAPIE
AL AMAL**

Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelkhalak Torres
N° 26 - Ali Chikhi - NADOR
Fix 056.33.46.46

Dr HARFAOUI Abdennaceur
Professeur
Chirurgie Traumatologique-Orthopédique
27 Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casablanca
Tél/Fax: 0522 94 59 45 GSM: 0661 50 54 12



• Le : 31/03/2021

CALENDRIER

- Les séances de rééducation de M^{me} : BOUFEDA TOURIA

Ont été faites selon le calendrier suivant :

- | | |
|------------------|------------------|
| - 19 / 02 / 2021 | - 10 / 03 / 2021 |
| - 22 / 02 / 2021 | - 12 / 03 / 2021 |
| - 24 / 02 / 2021 | - 17 / 03 / 2021 |
| - 27 / 02 / 2021 | - 19 / 03 / 2021 |
| - 03 / 03 / 2021 | - 26 / 03 / 2021 |
| - 05 / 03 / 2021 | - 31 / 03 / 2021 |

Signé:

CENTRE de KINÉSITHÉRAPIE
Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelhak Torres
N° 26 - Ali Chikh - NADOR
Tél : 05.36.33.46.46 GSM: 06.61.69.72.62 E-mail: farhatecontact@gmail.com
N° de Patente: 56116211 * N° I.F: 87860870 * C.N.S.S: 7015268 - ICE: 000507857000072



• Date: 31/03/2021

NOTE D'HONORAIRE N°: 1654

• Concerne, M^{me} : BOUFEDA TOURIA

Nature des soins	Nombre de Séances	Prix Unitaire	Total à Payer
Rééducation de l'épaule gauche	12	100 DH	1200 DH

Séances faites du : 19 / 02 / 2021 Au: 31 / 03 / 2021

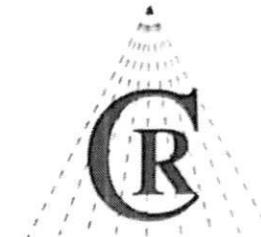
Arrêté la présente Note d'honoraire à la somme de: Mille Deux Cents Dirhams

Signé:

CENTRE de KINESITHERAPIE
AL AMAL
Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelhak Torres
N° 26 - Ali Chikh - NADOR
Tél : 05.36.33.46.46 GSM: 06.61.69.72.62 E-mail: farhatecontact@gmail.com
N° de Patente: 56116211 * N° I.F: 87860870 * C.N.S.S: 7015268 - ICE: 000507857000072

CASA RADIOLOGIE

Dr Y. BENHADDOU
Dr K. BENYACHOU



البيضاء
للفحص بالأشعة

الدكتور يوسف بنحدو
الدكتور خالد بنېشوا

Casablanca le 25/01/2021

Médecin Traitant : PR A. HARFAOUI

Nom du patient : MME BOUFEDA TOURIA

RADIOGRAPHIE DE L'EPAULE GAUCHE FACE NEUTRE ET ABDUCTION CONTRARIEE

Respect du centre gléno-huméral et de l'espace sous-acromial.

Pas de lésion destructive osseuse visible.

Pas de calcification d'insertion tendineuse de la coiffe des rotateurs.

RADIOGRAPHIE DU RACHIS LOMBAIRE F/P

Pas de lésion osseuse vertébrale évolutive.

Ostéophytose débutante sans pincement discal.

Pas de tassement vertébral.

Pas de lyse isthmique ni de spondyloptose.

Pas d'anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée.

Les articulations sacro-iliaques sont normales.

Bien fraternellement à vous.
DR Y. BENHADDOU

CASA RADIOLOGIE
Drs. BENHADDOU / BENYACHOU
119, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tel.: 05 22 27 44 27/21 77 44/66 61 67 46 72

N° Dossier: 59409
N° Dossier externe: ACC-09466-15/02/2021
Type de dossier: REEDUCATION
Bénéficiaire: BOUFEDA TOURIA
Situation: En attente
Sous-situation: --
Date de début: 15-02-2021
Date de fin:
Date de saisie: 15-02-2021
Événement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
15-02-2021	Manuel	ACC 12 SEANCES KINÉ



Nador, Le : 10/02/2021

DEVIS N°: 0278

- Concerne, M^{me} : BOUFEDA TOURIA
- Pour : 12, Séances de rééducation de l'épaule gauche
- Code : 12 AMM (9 + 5/2)
- Prix unitaire : 100 DH
- Prix total : 1200 DH
- Arrêté le présent devis à la somme de: Mille Deux Cents Dirhams

Signé:

CENTRE de KINÉSITHÉRAPIE
AL AMAL
Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdelkhalek Torres
N° 26 - Ali Chikh - NADOR
Tél: 056.33.46.46

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 10.08.2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9466 e-mail : ANORCHID@Royalairmaroc.com 0672614770
 Nom et Prénom de l'adhérent : ADR CHID Abderrazak
 Nom et Prénom du bénéficiaire : BOUFEDA TOUFTA.

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : FARHATE MOHAMED
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BOUFEDA TOUFTA
 Nécessite 12 séances de Rééducation de l'épaule gauche
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 12 AMM (3+5)

CENTRE de KINESITHERAPIE

MAMJI

Angle Bd. Tripoli et Bd. Abdellalek Torres

N° 28 - 200 CHIKH NAOUA

Fix 056.33.46.46

Une hospitalisation de (approximatif)
 A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

.....

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

.....

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.