

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.



DECLARATION DE MATERIAU

N° W19-455560

106046

par courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1479 Société : R.A.I.

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

CHAOUKI OMAR

Date de naissance :

1950

Adresse : BP 5558 Q. I Agadir 80000

Tél. : 06 66 92 03 67 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

07/11/2021

Nom et prénom du malade : M SAHIL RABIA Age : 69

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : goutteux + veige positif

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : AGADIR

Le 07/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-455560

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 1479

Nom de l'adhérent(e) CHAOUKI OMAR

Total des frais engagés : 1500,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	Designation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
VOBEL KINE EL MESSAOUDI YOUSSEF Cabinet De Kinésithérapie Afrane, Rue Med. Ikbal et -ACADIR	20/12/21		AMM 2		100,00	2700,00

VOLET ADHERENT

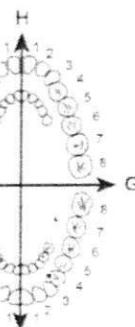
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan

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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433553 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse		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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Docteur Ferdaous ARIF

Spécialiste en Médecine Interne

Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

- Maladies de Système
- Maladies Rhumatismales
- Maladies des Os et Articulation
- Maladies Auto Immunes • Diabète



الدكتورة عريف فردوس

اختصاصية في الطب المطاطي

خريجة كلية الطب و الصيدلة الدار البيضاء

- الأمراض المجموّعة
- أمراض الروماتيزم
- أمراض العظام واليقاصل
- أمراض المناعة الذاتية
- مرض السكري

Ordonnance

Date

Officiel.

Lettre de remplacement

verso adosse M-MSAHU date :
âge de 69ans, opérée par Dr H. de.
actuellement tendinite de l'épaule droite.
+ fibr au genou dr.
→ souffre des m de la cuisse des
jambes mal 6 semaines
devenues suintant
souffre des m et goutte au
genou (goutte)
Dr Ferdaous ARIF

Spécialiste en Médecine Interne

شقة رقم 26 - الطابق الثاني - شارع الحسن الثاني - الدار البيضاء - المغرب

App 26, 3^{ème} étage résidence Ifranc 3, avenue Hassane II - ABATTOIR - Agadir

Tél. : 05 28 84 37 05 - GSM : 06 53 02 60 22 - E-mail : cabinet.dr.arif@gmail.com

Hal: 18x2



AGADIR LE : 21/02/2022

FACTURE N° 006/22

Mme. M'SAHLI RABIA

10 Séances x 150 = 1500 Dirhams.

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :

Mille Cinq Cent Dirhams.

[Signature]
NOBEL KINE
El MASSAOUD YOUSSEF
Cabinet De Kinésithérapie
Immeuble Ifrane, Rue Med. Ikbal
Amsernat - AGADIR



AGADIR LE : 22/12/2021

DEVIS

Pour Mme : M'SAHLI RABIA

Forfait de **18 Séances** de rééducation fonctionnelle : **2700.00 DHS**

(Deux Mille Sept Cent Dirhams)

1AMM= 150.00 DHS

NOBEL KINE
EL MESSAOUDI YOUSSEF
Cabinet De Kinésithérapie
Imm. Ifrane, Rue Med. Ikbal
Amsernat - AGADIR



AGADIR LE : 22/12/2021

Mme : M' SAHLI RABIA

Nombre des séances	Date
1	22/12/2021
2	25/12/2021
3	28/12/2021
4	31/12/2021
5	04/01/2022
6	07/01/2022
7	11/01/2022
8	14/01/2022
9	18/01/2022
10	21/01/2022
11	25/01/2022
12	28/01/2022
13	01/02/2022
14	04/02/2022
15	08/02/2022
16	11/02/2022
17	15/02/2022
18	18/02/2022

NOBEL KINE
EL MESSAOUDI YOUSSEF
Cabinet De Kinésithérapie
Immeuble Ifrane, Rue Med. Ikbal
Amsernat - AGADIR