

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° W21-612006

par
Tourner

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 6617	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN OSMANE AZZEDDINE			
Date de naissance : 17/06/1961			
Adresse : 6044 Bn Hajar Apt 11			
Tél. : 0661 486624	Total des frais engagés : 2600,00 Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/ /		
Nom et prénom du malade :	Age :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Second	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	PT. GANA Recidiv		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	PT. Neurochirurgien		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je vous invite à me renseigner 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 : 13/06/2022.**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT			
Déclaration de maladie	N° W21-612006		
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.			
Coupon à conserver par l'adhérent(e).			
Matricule : 66 A			
Nom de l'adhérent(e) : Bensouane Azzeddine			
Total des frais engagés : 2600,00			
Date de dépôt :			

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
28/4/82	5			<i>Dr. GANA Rachid Neurochirurgien Av. 2ème Avenue Al Ouidane Appt. 7, Immeuble 88 1082/0537881141</i>

EXÉCUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Facture
<i>Dr. GANA Rachid Neurochirurgien Av. 2ème Avenue Al Ouidane Appt. 7, Immeuble 88 1082/0537881141</i>	<i>Agence INP - 1011072ns</i>

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
<i>LAMART BAIKAT KINESITHERAPEUTE Sect. 9, Immeuble 9, Appart. 4 Mahaj Ryad - Rabat</i>					<i>1800 Dhs</i>

VOLET ADHERENT	
<p>* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.</p>	

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	Coeficient
				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 00000000 00000000 00000000	G 21433562 00000000 00000000 11433553	<input type="text"/>
		D 00000000 35533411	B 00000000 11433553	
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				<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 LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Dr. GANA Rachid

Neurochirurgien

Professeur à la faculté de médecine et pharmacie de Rabat

Spécialiste en :

- Chirurgie du cerveau
- Chirurgie de rachis et de la moelle épinière
- Microchirurgie
- Chirurgie endoscopique
- Chirurgie stréotaxique

Adulte - Enfant



د. رشيد الكاذبة

أستاذ بكلية الطب والصيدلة بالرباط

اختصاصي في :

- جراحة الدماغ والأعصاب
- جراحة العمود الفقري والتخلع الشوكي
- الجراحة الدقيقة
- الجراحة بالمنظار
- جراحة الأمراض الجهاز العصبي الصفار - الكبار

Pr. CANA Rachid
Rabat
Neurochirurgien
Appt. 7, Imm. 17, Av. Bine Al Ouidane
Agdal-Rabat - Tel: 0537 68 10 82 / 0537 68 11 41
INP : 10116 ~

الرباط، في

28/04/2022

Bernasone

Azgeddine

03 séances I sen

LAMARTI BAIKRAM
Klinik für Orthopädie
Klinikstrasse 9, Appt. 4
8000 Zürich - Switzerland
West-Zürich - Aga - Rabat

15 secondes

de re-education fonctionnelle

1^{er} week
- Neuologie : lombalgie sur hanches
- Cervicals C5-C6 et C7-C8, et tension
+僵硬ité de l'épaule gauche:

- Massage décontractant + antalgique
- Mobilisation + renforcement doux

Pr. CANA Rachid

Neurochirurgien

Appt. 7, Imm. 17, Av. Bine Al Ouidane
Agdal-Rabat - Tel: 0537 68 10 82 / 0537 68 11 41

رقم 7، عمارة 17، شارع بين الويidan (قرب هيبير)، أڭدال - الرباط - المغرب

App 7, Imm 17, Av Bine Al Ouidane (à côté de hyper), Agdal - RABAT - E-mail : rachidgana96@hotmail.com

Gsm : 06 70 20 68 97

Bairam LAMARTI
Kinésithérapeute
Diplômé de l'Université Montpellier 1 - France

Bairam LAMARTI

FACTURE

Date : 03/06/2022
FACTURE N° : 2022 / 0053

#Erreur

MEDECIN TRAITANT : DR GANA RACHID

Mode de paiement :

Nom du patient

BENOSSMANE AZZEDDINE

	Désignation	Nombre de séance	Prix/Séance	Total
	Nevralgie Cervico Brachiale	12	200,00	2400,00
Total :				2 400,00 DH

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX MILLE QUATRE CENTS DH ..

LAMARTI BAIRAM
KINÉSITHÉRAPEUTE
Sect 9, Imm 9, Appt. 4
Mahaj Ryad - Rabat

Bairam

Sect 9, Imm 9, Appt 4 - Mahaj Ryad - Hay Ryad Rabat
Tél.: 05 37 57 07 43 - E-mail : bairaml@hotmail.com
Patente : 25570199 - I.F. : 83019160 - R.C. : 92250 - CNSS : 7727558 - ICE : 001702467000042

Bairam LAMARTI

Calendrier des séances Physiothérapie-kinésithérapie

#Erreur

Date : vendredi 10 juin 2022

Nom prénom : BENOSSMANE AZZEDDINE

Nombres de séances prescrites :

1	lundi 9 mai 2022	09/05/2022
2	mercredi 11 mai 2022	11/05/2022
3	vendredi 13 mai 2022	13/05/2022
4	lundi 16 mai 2022	16/05/2022
5	mercredi 18 mai 2022	18/05/2022
6	vendredi 20 mai 2022	20/05/2022
7	lundi 23 mai 2022	23/05/2022
8	mercredi 25 mai 2022	25/05/2022
9	vendredi 27 mai 2022	27/05/2022
10	lundi 30 mai 2022	30/05/2022
11	mercredi 1 juin 2022	01/06/2022
12	vendredi 3 juin 2022	03/06/2022

Mahaj Ryad - Rabat
Sect. 9, Imm. 9, Appt. 4
~~KINÉSITHÉRAPIE~~
~~LAMARTI BAIRAM~~

Bairam LAMARTI
Kinésithérapeute
Diplômé de l'Université Montpellier 1 - France

DEVIS

Date : 29/04/2022

DEVIS N° :

#Erreur

MEDECIN TRAITANT : DR GANA RACHID

Nom du patient

BENOSMANE AZZEDDINE

	Désignation	Nombre de séance	Prix/Séance	Total
	Neuralgie Cervico Brachiale	15	150,00	2250,00
Total				2 250,00 DH

Arrêtée le présent devis à la somme de :
DEUX MILLE DEUX CENT CINQUANTE DH ..

LAMARTI BAIRAM
KINÉSITHÉRAPEUTE
Sect 9, Imm 9, Appt. 4
Mahaj Ryad - Rabat

Bairam