

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° W21-766509

143787

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13215

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HALLADJA ZAKOURA

Date de naissance : 06/07/1995

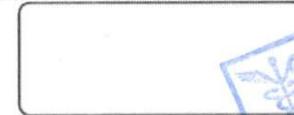
Adresse : 92 Rue ALORZ HAY EL HOJDA

Tél. : 0627855935

Total des frais engagés : 2400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 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 : ENNAOUAÏD

Le : 22/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	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 Cœfficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
2/11/12 KTAHA Facteur Thérapeute Bis Rue Malli Faissal Berrechid 0652798785	2/11/12	✓	✓	✓	✓	KAD 20.20 2Bis RI Cachet de rechid
.....
.....
.....
.....

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	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"/>												
	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"/>												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Centre el Faraj de kinésithérapie



مركز الفرج للترفيض الطبي

Centre el Faraj
de kinésithérapie

M. Zakaria

Calendrier

- ① 20/10/2022
- ② 24/10/2022
- ③ 26/10/2022
- ④ 28/10/2022
- ⑤ 31/10/2022
- ⑥ 02/11/2022
- ⑦ 04/11/2022
- ⑧ 07/11/2022
- ⑨ 09/11/2022
- ⑩ 11/11/2022
- ⑪ 14/11/2022
- ⑫ 16/11/2022
- ⑬ 18/11/2022
- ⑭ 21/11/2022
- ⑮ 23/11/2022
- ⑯ 25/11/2022
- ⑰ 28/11/2022

- ⑯ 30/11/2022
- ⑰ 02/12/2022
- ⑱ 05/12/2022

KADIRI TAHA

Kinésithérapeute
2Bis Rue Malik Faissal Berrechid
Gsm: 0662 79 87 85

21/12/2022
KADIRI TAHIA
Kinésithérapeute
2 bis Rue Malik Faissal Berrechid
GSM: 0662748785

CENTRE EL FARAJ DE KINESITHERAPIE



مركز الفرج للتربيض الطبي

Facture n°: ✓

- A l'attention de: MR ZAKOUIA

- Nombre de séances de rééducation: 20 séances de
rééducation espacée

- Prix unitaire: 120 DA's

- Prix total: 2400 DA's

KADIRI TAHIA
Kinésithérapeute
2 bis Rue Malik Faissal Berrechid
GSM: 0662748785



Adresse: 2 bis, Malik Fayssal Berrechid - Tél: 0767342301 - Email: Kadiritaha@gmail.com
If: 24902984 - Ic: 001998844000072 - Patente: 40700094 - R.C: 21882

DOCTEUR A. LAABOURRI

Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Médecine de Sport



091087452



الدكتور عبد الله لعبوري

اختصاصي في جراحة وتقويم العظام
الطب الرياضي

ICE: 001898108000064
E-mail: docslialaab@gmail.com

Berrechid, Le

18/10/22

M. Zakaria Hallaoui.

faire pratiquer 20 séance de
 rééducation sur kiné
 cervico scapulaire suivant
 épaule bras gauche (Tendinite
 étripe et long triceps). à raison
 de 3 à 4 fois
 physio et massage
 mobilisation
 propriocep

LAABOURRI
Orthopédie
Berrechid
Dr. A. LAABOURRI
Médecine de Sport
M. MOULAY ISMAÏL
0661 32 50 34

شارع مولاي إسماعيل - برشيد - المحمول: 87
87, Avenue Moulay Ismaïl - Berrechid - Gsm: 06 61 32 50 34

21/12/22

Centre et Faraj de kinesitherapie



مركز الفرج للترفيض الطبي

Centre et Faraj
de kinesitherapie

Calendrier

M/ZAKARIA HALLAOUA

- | | |
|--------------|--------------|
| - 20/10/2022 | - 16/11/2022 |
| - 24/10/2022 | - 18/11/2022 |
| - 26/10/2022 | - 28/11/2022 |
| - 28/10/2022 | - 02/12/2022 |
| - 31/10/2022 | - 05/12/2022 |
| - 02/11/2022 | - 07/12/2022 |
| - 04/11/2022 | - 09/12/2022 |
| - 07/11/2022 | - 16/12/2022 |
| - 10/11/2022 | - 19/12/2022 |
| - 14/11/2022 | - 21/12/2022 |

KADIRI TAHA
Kinésithérapeute
Centre et Faraj de kinesitherapie
Gsm: 0662 79 87 85