

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Hicham ABOUTAYEB
CARDIOLOGUE

9, Rue Imam Maïek Résidence Al Masjid
1er Etage Appt. N° 4 Marrakech

Tél : 05 24 43 08 15

Cachet du médecin :

03/11/2020

Date de consultation :

ABOUKEF NOUROUVA

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ALD

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 : Nouakchott

Le : 03/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :

ABOUKEF NOUROUVA

RELEVÉ 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
31/12/22	Op		56	INP : 11495 Dr. Hicham ABOU TAYEB CARDIOLOGUE 9, Rue Imam Malek Résidence Al Masjid 1er Etage Appt. N° 4 - Marrakech 05 24 43 08 15

EXECUTION DES ORDONNANCES

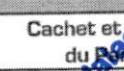
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Cabinet Janvier</i> Le Kinésithérapie Sncmata N°1758 15.10.04.10.17	<p>D.M.</p> <p>04.11.80.22</p> <p>A.M.</p> <p>07.12.80.22</p>					<i>18.00.00</i>

Cachet et signature du Participant		Daté
 N°175875Kour 10/04/17		D. 04/04/17 A. 04/04/17 B. 04/04/17

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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">26533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H	G	26533412 00000000	21433552 00000000	D	G	35533411	11433553
H	G											
26533412 00000000	21433552 00000000											
D	G											
35533411	11433553											
B												
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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												

Docteur Hicham ABOUTAYEB

Spécialiste des Maladies du Coeur
et des Vaisseaux

Ancien Cardiologue à l'hôpital Militaire
ECG - Echo - Doppler couleur - Cardiaque
et vasculaire
Holter tensionnel et Rythmique
Epreuve d'effort



الدكتور هشام أبو طيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بالمستشفى العسكري

تخطيط القلب، الفحص بالصدى والدوبليير

تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي

Marrakech, le : 03 NOV. 2022 مراكش، في :

ABU BL NOURWAH Moud
A, H au

Igc ASC nibyam m 14A

chy. Haw'ouni côte a syros

Kinétherapie (15 seas)

الدكتور هشام أبو طيب
Dr. Hicham ABOUTAYEB

CARDIOLOGISTE

9, Rue Imam Malek Résidence Al Masjid
1er Etage Appt. N° 4 Marrakech

Tel : 05 24 43 08 15

9, شارع إمام مالك إقامة المسجد الأول رقم 4 - جلizer - مراكش
9, Rue Imam Malek, Résidence Al Masjid, 1er Etage Appt. N° 4 (à côté de la mosquée) - Guéliz
Marrakech - Tél. : 05 24 43 08 15 - E-mail : hichamaboutayeb@hotmail.com

Cabinet Jalaoui
de Kinésithérapie sarl au
Hay Socoma 1 N°1758 Askjour
Marrakech/Tél : 06 40 04 70 17

Devis
Cabinet Jalaoui de Kinésithérapie
Marrakech, Socoma 1 N° 1758
06-40-04-70-77

Client : Dr Ahmed. ABOU EL NOUAR Date : 04-11-2022

QTE	DESIGNATION	PRIX,U,TTC	MONTANT TTC
15	15 Séances Rééducation. Motrice (en bas Sup et inf (Avc)	120 DH	1800 DH
1			
TOTAL TTC			1800 DH

Cabinet Jalaoui
de Kinésithérapie sarl au
Hay Socoma 1 N°1758 Askjour
Marrakech/Tél : 06 40 04 70 17



Cabinet Jalaoui de Kinésithérapie

Hay Socoma 1 N° 1758 Askjour Marrakech

Facture N° : 13/2022

Date : 09/12/2022

Facture A :

ABOUELMOUROUFT Ahmed

Qte	Designation	Prix , U ,TTC	Montant TTC
Du: 04.11.2022	15 Séances Réduction		
	Notrice Membre Sup et inf (AVC)	120 DH	1800 DH
Au: 07.12.2022			
TOTAL TTC			1800 DH

Cabinet Jalaoui
de Kinésithérapie sarl au
Hay Socoma 1/N°1758 Askjour
Marrakech/Tél : 06 40 04 70 17