

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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) 8638

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GUEZI M. SKENDER

Date de naissance : 31.03.72

Adresse : HABITACULE

Tél. : 066376M.03

Total des frais engagés : 15000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : / Age : /

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : *Maladie faciale grave*

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 : AGADIR

Le : 13/10/2013

Signature de l'adhérent(e) : *JL*

VOLET ADHFP

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
21.01.23				A. CORAIDI INP : 0411131384
				Dr. Mohamed S. L. Spécialiste ORL CLINIQUE Al Houta - Agadir Lot 13 N° 28 - 30 31 32 33 34 35 36 37 38 Tel: 05 28 22 51 62 / GSM: 06 68 72 73 31

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 Coefficients	Montant des Honoraires

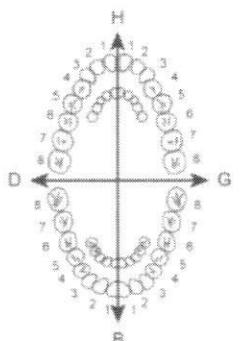
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Cabinet de Kinésithérapie et de Remise en forme Rue 306 N° 12 Cité Salam Agadir Tel: 05 28 22 51 62 / GSM: 06 68 72 73 31 ICE: 00160538600061 IF: 4437580	24.11.23	10	2			10 x 150 = 1500,00 Dh

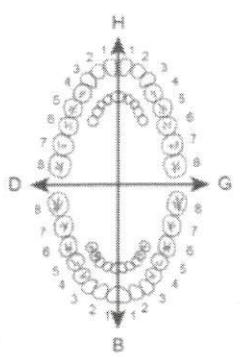
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

26533412	21433582
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL HOUDA



مصحة الهدى

Agadir, le: 20/01/2022

Dr. Khalid Bnou Al Walid - M. El Gueugoo;

CLINIQUE

Standard project - nn -

Surveillance - Jour - Jour -

Responsible - Dr. - J

Je vis l'heure - Bonne chance

Dr. Mohamed STAIRA
Spécialiste ORL
CLINIQUE EL HOUDA
Lot. A3 N° 171 Cité Al Houda - AGADIR
Tél: 05 28 32 30 30 / 05 28 32 28 28
Gsm: 06 35 12 45 59

Clinique AL HOUDA, Lot A3 N° 171, Quartier Administratif - En face de la mosquée
Khalid Bnou Alwalid - Cité ALHOUDA - Agadir

Tél : 05 28 32 30 30 - 05 28 32 28 28 - Fax : 05 28 32 11 32

LAMDAINI RKIA

Kinésithérapeute -Physiothérapeute
Diplômée de l'Institut GALIEN
D'AGADIR



المدائن رقية

اختصاصية في الترويض الطبي
و العلاج الفزيائي
خريجة معهد غاليان أكادير

Agadir le : 08/12/2023 أكادير في:

Mr. ELGUERGHA SKENDER

Facture :

Arrêtée la présente facture à la
Somme de MILLE Cinq cent Dirhams
pour des séances de Kinésithérapie
pour la Rééducation de la paralysie
Faciale

$$10 \times 100 = 1000,00 \text{ Dhs}$$

Cabinet de Kinésithérapie et de Remise en forme

Rue 906, N° 12, Cité Salam Agadir

Tel: 05 28 22 51 62 / GSM: 06 68 72 79 31

ICE: 001605386000061

IF: 14437580

Rue 906, N° 12 Cité Salam Agadir

زنقة 906 رقم 12 حي السلام أكادير

Tél: 05.28.22.51.62 GSM: 06.68.72.79.31 المحمول : 06.68.72.79.31

LAMDAINI RKIA
Kinésithérapeute -Physiothérapeute
Diplômée de l'institut GALIEN
D'AGADIR



المداني رقية
اختصاصية في الترويض الطبيعي
و العلاج الفيزيائي
خريجة معهد غالابان أكادير

Agadir le : 26/11/23 أكادير في:

Mr: EL GUERGA SKENDER

Devis

Arrêtez le présent devis à la
summe de mille cinq cent dirhams
pour six séances de kinésithérapie
pour la Rééducation de la paralysie
faciale.

$$\lambda \times \lambda_{\text{FO}} = \lambda_{\text{FOO}, \text{FOO}} \text{ in fm}$$

Cabinet de Kinésithérapie et de Remise en forme

Rue 906, N°12, Cite Salam Agadir

~~Tel: 05 28 22 51 62 / Gsm: 06 68 72 79 31~~

ICE:001605386000061

IF:14437580

Rue 906, N° 12 Cité Salam Agadir

زنقة 906 رقم 12 حي السلام أكادير

الهاتف : 06.68.72.79.31 | GSM : 05.28.22.51.62 | المجموع : 05.28.22.51.62

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 24/11/2023

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

 Matricule : 8638 E-mail : ~~s.gherga@opelairmaroc.com~~ Phones : 066376703

Nom et Prénom de l'adhérent : EL GHERGARI SKENDER

Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : LAHDATNI RHIA

 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ~~soit~~ à un paralysie faciale

 Nécessite ~~la réduction de kinésithérapie~~

 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) ~~kinésithérapie~~

10x150 = 1500,00 Dhs

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	abinet de Kinésithérapie et de Remise en forme Rue906,N°12,Cite Salam Agadir Tel: 05 28 22 54 62 / Gsm:06 68 72 79 31 ICE:001605386000061 IF:14437580
--	--

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.