

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.

M22- 0027107

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00072 L8

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Jamaai fatima 22 A.H.R.A

161879

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661-812015

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Cabinet EL YOUSFI de Kinçstap Pat N° 10714001 67-69, Rue Al Massira Bay El BERRUAUD - Tel : 0222 32 00 20</i>	DAI 25/11/23 10/13/13	26				2600 D 14

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	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS
	H	25533412	21433552		
	D	00000000	00000000		
	G	00000000	00000000		
	B	35533411	11433553		
	H	[Creation, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
	D				
	G				
	B				
	H				
	D				

DEBUT D'EXECUTION	DATE DE L'EXECUTION			

FIN D'EXECUTION	DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Chirurgie
Orthopédique et Traumatologie

Ex. Médecin au CHU ibn Rochd
de Casablanca

Ex. Médecin aux hôpitaux de France

- Traitement et chirurgie des fractures et des lésions des tendons des membres
- Chirurgie des rhumatismes et des tumeurs des membres
- Traitement de l'arthrose par plasma riche en plaquettes (PRP) ou par pose de prothèses (Hanche, Genou)
- Traitement des lombalgies
- Traumatologie du sport
- Arthroscopie



أخصائي أمراض

وجراحة العظام و المفاصل

طبيب سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

- علاج وجراحة كسور العظام وإصابات أوثار الأطراف

- جراحة الروماتيزم وأورام الأطراف

- علاج خشونة المفاصل بالبلاستق الفنية بالصفائح الدموية أو بالاستبدال الاصطناعي للمفاصل (الورك، الركبة)

- علاج آلام الظهر

- علاج الإصابات الرياضية

- التنظير الباطني للمفاصل

Lettre de Recommandation

Ordonnance faite le : 07/12/2021

Mme Jemaaï Fahima ezzahra

Neuralgic cervico-brachiale + tensio myofasciale
de la main des doigts tems de Piquant Droit
Fai svp (20 sessions) de Recommandation
- Antalgic → Anesthésie
- Massages
- Physiotherapy

Dr. Fakhreddine LKOUTBI
091252859
Souscriteur
INPE

CENTRE EL YOUSR DE KINESITHERAPIE
مركز اليسير للترفيض الطبي

SARL

kinesithérapie_physiothérapie
rééducation fonctionnelle
rééducation respiratoire
drainage lymphatique manuel

FACTURE

* Nom et prenom:...Jemaa Fathima Zganza.....

* Diagnostic:...Néralgic cerebro-buccal + rhinitis pallor

* Traitement kinesitherapie: Physiothérapie + Rééducation fonctionnelle.

* Designations des actes suivant nomenclature:...NOMM.....

* Nombre de seances:...des séances.....

* Debut du traitement :...d. 5 - 05 - d. 23.....

* Montant total des honoraires:...1000 dinars = 1000 dt.

* Arretée la présente facture a la somme:...Dix mille dinars

Berrechid le:

10/10/2023

Adresse: 67-69 rue el masjid hay el yousr Berrechid

TEL: 0522 326446 GSM: 0667626731

PATENTE: 40724068 TVA: 14437699

BP agence al yousr-berrechid. RIB: 1176212118743964001723

Centre EL YOUSR
de Kinesitherapie
N°: 40724068
67-69, Rue Al Masjid Hay El Yousr
BERRECHID - Tel: 0522 32 64 46

Date	Heure	Règlement
25/5/23	10h	-P-
25/5/23	11h	-P-
31/5/23	10h	-P-
21/6/23	12h	-P-
5/6/23	12h	-P-
7/6/23	10h	-P-
3/6/23	12h	-P-
12/6/23	10h	-P-
14/6/23	10h	-P-
15/6/23	12h	-P-

Date	Heure	Règlement
14/6/23	10h	- P'
21/6/23	12h	- P
23/6/23	10h	- P
26/6/23	10h	- P
23/6/23	11h	- P
26/6/23	12h	- P
3/7/23	10h	- P
5/7/23	10h	- P
7/7/23	12h	- P-
10/7/23	10h	- P-



CENTRE EL YUSR
DE KINESITHERAPIE

مركز اليسر للترويض الطبي

Rééducation fonctionnelle

Rééducation respiratoire

Rééducation périnéale

Electro - physiothérapie

Drainage lymphatique manuel

CARTE DE RENDEZ - VOUS

Nom: Jeanne

Prénom : Fatima Zegzeghe

Nbre de Séances : 10

N° Dossier : Centre d'orthopédie

67-69 Rue El Masjid
(près de la mosquée AZHRAA) Tél : 05 22 32 64 46
Hay El yousr -Berrechid Gsm : 06 67 62 67 31