

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

<input type="checkbox"/> Réclamation	: contact@mupras.com
<input type="checkbox"/> Prise en charge	: pec@mupras.com
<input type="checkbox"/> 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 : **05918**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **FARISS MOHAMED**

Date de naissance : **12.07.1961**

Adresse : **239, Rue TAZARINE CASA 20000**

Tél. : **06.66.51.12.12** Total des frais engagés : **1500 -** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **21/09/2023**

Nom et prénom du malade : **Lotfi**

Age : **57**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : **gonarthrose**

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 : **21/09/2023**

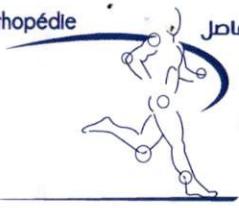
Signature de l'adhérent(e) :



ABDELOUADOUD Mohamed
Médecin Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie

- Ex Médecin à l'hôpital Brugmann Bruxelles
- Ex Médecin à l'hôpital Ibn Rochd Casablanca
- Ex Médecin à l'hôpital Provincial de Taroudant

- Chirurgie prothétique des membres
- Chirurgie du sport
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main et des nerfs périphérique



الدكتور عبد الوهود محمد
اختصاصي في أمراض و جراحة العظام و المفاصل

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بربكمان ببروكسيل
- طبيب سابق بالمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
- طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي بataroudant

- الجراحة التقويمية للمفاصل
- الطب الرياضي
- الجراحة بالمنظار
- جراحة اليد و الأعصاب الطرفية

Inzegane le :

21 / 09 / 2023

إنزكان في :

Lettre de reeduction

- myt Lotfi. Aicha
- gonolgie droite secondaire
à une chute
- reeduction et
physiothérapie

10 semaines

2013 semaines
per semaine

AICHA BEN AITA
kinésithérapeute / physiothérapeute
Périnéologue, Nutritionniste et coach minceur
Tél.: 05 28 83 86 10 / 06 18 49 01 68
ICE: 001871502000044 - IF: 76232177



د. عبد الوهود محمد
Dr. ABDELOUADOUD Mohamed
جراحة العظام وال苴عات
Traumatologie - Orthopédie
الرخصة المهنية رقم 7 - إنزكان
Tél : 05 28 33 68 16

📍 Imm. El Hagounia N°7 BD. Moukhtar Soussi - INZEGANE

عمارة الحكونية رقم 7 - شارع المختار السوسي قرب المحطة الطرفية إنزكان

☎ 05 28 33 68 16 - ☎ 06 62 07 84 94 - abdelouadoud.med@gmail.com

Centre de Rééducation fonctionnelle et Remise en Forme

Aicha Ben Atta

Spécialiste en rééducation fonctionnelle et en uro gynécologie

عائشة بن عطا

أخصائية في الترويض الطبي

واعتمال الوظيفي للجهاز

البولي و التناسلي و الشرج

À Inzegane le : 2023 / 11 / 30

Facture N° : 1003012 / 123

patient(e) : Lotfi Aicha

N° CIN : JB 70418

Désignation	Nombre de séances	P.U	Montant
<p>Reéducation du genou droit</p> <p>→ gonalgie secondaire à une chute</p>	10 séances	150 DHS	1500 DHS
 AICHA BEN ATTA kinésithérapeute / physiothérapeute Péritérapeute, Nutritionniste et coach minceur Tel. : 05 28 83 86 10 / 06 18 49 01 68 ICE: 00187150200044 - IF: 76232177			
Total			1500 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille cinq cent DHS

Paiement en espèce

Adresse: N° 4, Immeuble Annakhil, Angle Avenue Med V et Avenue des F.A.R- Inezgane

E-mail : kinesitherapeute.aicha@gmail.com / Tél. : 05 28 83 86 10 - GSM : 06 18 49 01 68

TP : 49301755 - IF : 76232177 - ICE : 00187150200044

N° SEANCE	DATE	HEURE
1 P1	09.10.23	16h ⁰⁰
2 P1	16.10.23	16h ⁰⁰
3 P1	23.10.23	16h ⁰⁰
4 P1	30.10.23	16h ⁰⁰
5 P1	06.11.23	16h ⁰⁰
6 P1	13.11.23	16h ⁰⁰
7 P1	20.11.23	16h ⁰⁰
8 P1	27.11.23	16h ⁰⁰
9 P1	28.11.23	16h ⁰⁰
10 P1	30.11.23	16h ⁰⁰

N° SEANCE	DATE	HEURE

ALEXANDRA CHAIBENITA
 physiothérapeute / kinésithérapeute / ostéopathe / coach minceur
 106, rue de la République 94160 Le Vésinet
 Tél : 05 28 83 86 10 / 06 18 49 01 68
 ICE : 00187150200044 - F : 76232177



للإشارة فقط

- كل تأخير عن الموعد يلغى الموعد نهائيا.
- عدم الحضور في الموعد بدون الغائه بالاتصال يلغى الموعد المواتي تلقائيا.
- الأسبقية لحالات الترويض التنفسى للأطفال.
- لا تعطى الفاتورة إلا بعد استخلاص جميع واجبات الحصص.
- يمنع منعاً باتاً تغيير تاريخ الملفات.
- المرجو الهدوء في قاعة الانتظار.
- العيادة ليست مسؤولة عن ضياع أشياء ثمينة ما لم تسلم للسكرتارية.
- المرجو توفير الصرف قبل أداء الواجبات.

CABINET DE REEDUCATION ET D'AMAIGRISSEMENT

ADRESSE : N 04 , IMMEUBLE ANNAKHIL
- ANGLE AVENUE MED 5
ET AVENUE DES FAR, INZEGANE

FIX : 05 28 83 86 10
TEL : 06 18 49 01 68

NOM *Latifi*

PRENOM *Aicha*

MEDECIN TRAITANT *Dr. Abdellah Noh*

DIAGNOSTIC *Réed. ob. gynéco*

NOMBRE DE SEANCES *10 séances*