

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.

M23-0024840

22/11/2023

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3450 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KITAITABI Driss

Date de naissance : 17.05.1954

Adresse : 57, Rue Loundaya Hay Al Maghrib El Jadid Berrechid

Tél. : 0668173263 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHEIKH Soumaya Age : 31.1.1959

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fr du dentur drc alzay

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : alzay

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 : Berrechid Le : 08.10.2024

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
08/02/2024				
07/03/2024	003		3000000	2

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIographies

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Centre El Yousfi de Kinshasa Pat N° : 40724068 4749, Rue Al Massjid Hay El Yousfi BRECHMO - Tel : 0522 32 64 46	16/12/24					
	13/12/24			12		12.60.01

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.



وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

٢٧/٦/٢٠١٤

- n° chébibi Soumya

au nom de réduction du poft
+ man dt (3ème / sec)

ph, - lutter contre le douleur
physio + t

- renforcement

- recuperation articulaire

indications Fr de l'est et
cady

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHAHBOUNI MOHAMED
Professeur Agrégé-Traumatologie-Orthopédie
071188145

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr CHAHBOUNI MOHAMED
Professeur Agrégé-Traumatologie-Orthopédie
071188145

CENTRE EL YUSR DE KINESITHERAPIE

مركز اليسير للترويض الطبي

SARL

kinesithérapie_physiothérapie
rééducation fonctionnelle
rééducation respiratoire
drainage lymphatique manuel

FACTURE

* Nom et prenom: Saemy chabri

* Diagnostic: Faschia de l'estomac de la poitrine

Traitement kinesitherapie:..PHYSIOTHERAPIE ET REEDUCATION FONCTIONNELLE.

*Designations des actes suivant nomenclature..... 1.0 Atm

* Nombre de seances: 12 séances

*Debut du traitement: 16 - 02 - 2014

*Montant total des honoraires: 1.200 Dhs = 12.000 DT

*Arretée la présente facture a la somme: Mille deux cent dinars

Berrechid le : 13 - 03 - 2014

—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 YUSR
de Kinesitherapie
Pat N° : 40724068
67-69, Rue Al masjid Hay El Yousr
BERRECHID - Tel : 0522 32 64 46

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

N° 39.127 / 2024 du 07/03/2024

Nom patient : **CHEHBI SOUMAYA**

Entrée 07/03/2024

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300,00

Encaissements						Total encaissé	Solde
							300,00



Date	Heure	Réglement
16/12/24	10h	-P
19/12/24	10h	-P
21/12/24	11h	-P
03/12/24	10h	-P
06/12/24	12h	-P
08/12/24	10h	-P
11/12/24	12h	-P
11/12/24	10h	-P
13/12/24	10h	-P
21/12/24	12h	-P

Date	Heure	Réglement
11/12/24	12h	-P
13/12/24	10h	-P

Centre
 de
 RIM
 P.R.N.
 67-69, Rue A
 BERRECHID - Tel: 0322220000



CENTRE EL YOUSR
DE KINESITHERAPIE

مركز اليسر للترويض الطبي

Rééducation fonctionnelle

Rééducation respiratoire

Rééducation périnéale

Electro - physiothérapie

Drainage lymphatique manuel

CARTE DE RENDEZ - VOUS

Nom: Chelbi.

Prénom : Sébastien

Nbre de Séances:

Nº Dossier:

CORPORATE

15 MAY 2004

67-69 Rue St. Sébastien
(près de la mosquée - Téhéran)

Hay El Nasri - Berrechid GS

67-69 Rue El Miasjid
(près de la mosquée Al-HikAA)
Hay El Gharbi - Berrechid