

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 : 3450 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL KHATTAB DRISS

Date de naissance : 17.05.1954

Adresse : 57, Rue Loudaya Hay El Maghrib AL Jdid Benachid

Tél. : 06 68 143263 Total des frais engagés : 1200 + 300 = 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHEHAB Soumaya Age : 31.1.1959

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Fr de l'ex al de cad dt

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

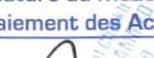
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Benachid Le : 06/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/4/2014	Hôpital Universitaire Cheikh Khalifa bin Zayed Consultation Chirurgie	15	200,00 D.H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

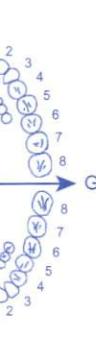
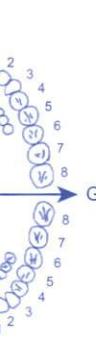
Cachet et signature du Professeur	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Centre EL YOUNSS ULC Kifissia Rue Al Massaki H 27 El Youss 960 - Tel : 0322 52 64 46	25/3/2024 A 22/4/2024			12		1200 DH

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 6 5 4 3 3 2 1 2 3	D 00000000 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				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



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

le 06/03/2004

Digital Hospital International Cheikh Khalifa
Pr CHAKHOUA 2004
Professeur Mohamed Taieb Naciri
071 951 244

- M^m chebri Jourmag

12 gicam de nickerat de port
+ man. off. (2 : 3 de l'

off. - dura cat le dach p^o

(57° H^o +)

- zergu moul + +

- recupérati^{on} d'arthrit^{is}
articulair.

indication - fr du l'ext de la rot
au algodzher.

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

Date : 18/04/2024
Numéro : 60.147



090061862

Nom patient : CHEHBI SOUMAYA

Médecin : PR. CHAHBOUNI MOHAMMED
Traumatologie

2400865561

PAYANTS

	Montant
CONSULTATION DE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE	300,00

Total 300,00

Arrêtée la présente à la somme de :
TROIS CENTS DIRHAMS

CENTRE EL YOUSR DE KINESITHERAPIE

مركز اليسر للترويض الطبي

SARL

kinesithérapie_physiothérapie
rééducation fonctionnelle
rééducation respiratoire
drainage lymphatique manuel

FACTURE

* Nom et prenom:..... el hachemi salem y...

* Diagnostic: Fracture de la main droite

Traitement kinesitherapie:..PHYSIOTHERAPIE ET REEDUCATION FONCTIONNELLE.

*Designations des actes suivant nomenclature..... 1 a 1011

* Nombre de seances:..... 12 séances

*Debut du traitement :..... 25 - 03 - 2011

*Montant total des honoraires:..... 12 x 1.20 Dhs = 1200 Dhs

*Arretée la présente facture a la somme:..... mille deux cent dinars

Berrechid le: 22 - 04 - 2011.

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
Pat N°: 40724068
67-69 Rue Al masjid Hay El Yousr
BERRECHID - Tel: 0522 32 66 45

Date	Heure	Règlement
25/3/24	13h	-P-
27/3/24	11h	-P-
29/3/24	11h	-P-
1/4/24	10h	-P-
3/4/24	10h30	-P-
5/4/24	12h	-P-
7/4/24	12h	-P-
9/4/24	12h	-P-
15/4/24	11h	-P-
13/4/24	12h	-P-

Date	Heure	Règlement
17/4/24	12h	-P-
22/4/24	EL YOUNGB Centre de Kinésiologie SSTT / 10724068 27-69, Rue Al Massira May El Youssfi BEN ABBEY - Tel : 0525 33 64 46	-P-



CENTRE EL YUSR
DE KINESITHERAPIE

مركز اليسر للترويض الطبيعي

Rééducation fonctionnelle

Rééducation respiratoire

Rééducation périnéale

Electro - physiothérapie

Drainage lymphatique manuel

CARTE DE RENDEZ - VOUS

Nom : che hiba.

Prénom : Séraphine

Nbre de Séances : 10

N° Dossier : **EL 010021-14053**

Central King ADT 2011 MAY 22 2014

67-69 Rue El Iwasjia
(près de l'mosquée AZHRAA) Tél : 05 22 32 64 46
El Yémen - Berrechid Gsm : 06 67 62 67 31