

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23- N° 0037038

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 666 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 254622

Nom & Prénom : TAHIRI Abdoufah

Date de naissance : 10.01.1939

Adresse : 6 Rue Patai ex BAPIA Sandhamm

Casablanca

Tél. : 0661-210379 Total des frais engagés : 680 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : TAHIRI Abdoufah Age : 85

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : pertrachement

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 : Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : TAHIRI Abdoufah

RELEVÉ 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
16/04/2024		9	9	Dr. Noureddine MAHMOUD Chirurgie Orthopédique et Traumatologie Angle Rte. Azemmour Et Bd. N. 2 A. Mohammadia, 3ème Etage N° 2 Tél: 0522 89 62 89 - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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
		AM	PC	IM	IV	
Aïcha AENADALLAH CHEBIH KINESITHÉRAPEUTE D.E. Résidence Mamoudia 22, Bd A Moutate - Bourgogne Tél: 0522 45 21 45 21 / 0522 27 48 13	06/05/24	16	AMM	9 + 4		4800,-

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الترويض الطبي المعالجات الكهربائية بدر KINESITHERAPIE ELECTROTHERAPIE BADR

عائشة بن عبد الله اشبيهي Aïcha BENABDALLAH CHEBIHI

KINESITHERAPEUTE D.E

- Rééducation & Réadaptation Fonctionnelle
- Kinésithérapie Respiratoire
- Gymnastique Pré et Poste Natale
- Drainage Lymphatique
- Gymnastique Médicale Assistée
- Massage et Relaxation
- Rééducation à Domicile

Casablanca, le 06/05/2024

FACTURE 002-0524

Patient : M. TAHIRI JOUTEI HASSAN

Médecin traitant : Dr.

ACTES	CODE	NBR Séances	Prix Unitaires Honoraires	Total Honoraires
Séances de Rééducation Fonctionnelle	AMM 9+4	16	300.00	4 800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Quatre mille Huit cent dirhams.

Aïcha BENABDALLAH CHEBIHI
KINESITHERAPEUTE D.E
Résidence Mamoun 32, Bd Aïn
Taoujtate - Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522.27.45.21 / 0522.27.48.13

INPE : 065045056

I.F : 40503803 CNSS : 2624585

T.P : 35600801 ICE : 001660153000054

Banque: 022 780 000129 0028951186 74

إقامة مامون، رقم 32 شارع عين توجطات - بوركون - الدار البيضاء
Résidence Mamoun 32, Bd Aïn Taoujtate Bourgogne - Casablanca 20050

☎ 05 22 27 45 21 / 05 22 27 48 13

☎ 06 61 20 03 35

☎ kinebadr32@gmail.com



AKDITAL

Clinique Longchamps
مصحة لونشون

Casablanca, le 16/04/2024

M^r TAHIRI Jouba Hassan
Abderrafii

Faire 16 séries de
100 à l'insulte XX
Chorégraphie
Vertébrale
Aide à la marche
Méditation
Dance
Rajouté musique

4, Bd. Ghandi, Casablanca 20250
Tél. : 05 22 97 94 94 - Fax : 05 22 94 89 39
E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma
Site web : www.cliniquelongchamps.ma

Dr. Nouredine AMRI
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Angle Bd. Ghandi Et Bd. Sidi
Abderrahim 3ème Étage N°6
Tél. : 05 22 97 94 94 Casablanca

ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification



Casablanca le 02/05/2024

Déclaration sur l'honneur

OBJET : services à Domicile

Nous soussignées les trois infirmières :

KHADDAJ LAILA : CIN N° BE762224

OULHAJ NAIMA : CIN N° BH158882

JAKRI HALIMA : CIN N° BK313447

Déclarons par la présente que nous sommes à domicile au service de Mr. TAHIRI JOUTI HASSANI ABDERRAFIH, CIN B14144 depuis le 21/03/2024 date à laquelle il a quitté la clinique ONGCHAMPS après avoir été opéré du col du fémur suite à une chute à domicile survenue le 14/03/2024.

Nous déclarons également sur l'honneur que depuis le 21/03/2024 jusqu'au 21/04/2024 nous avons été rémunérées à raison de 800,00DH par jour, depuis cette date ladite rémunération a été amenée à 600,00DH suite à l'annulation par MR. TAHIRI de la vacation de l'après -midi.

Par ailleurs, nous signalons à toute fin utile que les séances de rééducation ont lieu également à domicile en raison de l'état de santé du patient.

Cette déclaration est établie de bonne foi pour servir et faire valoir ce que de droit.

1) KHADDAJ LAILA
2) OULHAJ NAIMA
3) JAKRI HALIMA

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 26/05/2024

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 666 E-mail : abderrahmane.azemmour@gmail.com Phones : 0661200379

Nom et Prénom de l'adhérent : TAHIRI Abderrahmane

Nom et Prénom du bénéficiaire : TAHIRI Abderrahmane

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite Sans soins médicaux post-opératoires + kinésithérapie

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

A eu un échange avec le médecin du Centre

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):

Fracture Perthrochondro, EM, néant
3 sans soins médicaux et des séances de rééducation
Opéré le 26/03/2024

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Nouredine AMRI
Chirurgie Orthopédique Et Traumatologique
Angle Rte. Azemmour Et Bd. Sidi
Abderrahmane, 3ème Etage N°6
Tél.: 0522 89 62 89 - Casablanca

02/05/2024

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.



الترويض الطبي المعالجات الكهربائية بدر KINESITHERAPIE ELECTROTHERAPIE BADR

عائشة بن عبد الله اشبيهي Aicha BENABDALLAH CHEBIHI

KINESITHEREPEUTE D.E

- Rééducation & Réadaptation Fonctionnelle
- Kinésithérapie Respiratoire
- Gymnastique Pré et Poste Natale
- Drainage Lymphatique
- Gymnastique Médicale Assistée
- Massage et Relaxation
- Rééducation à Domicile

Casablanca, le 06/05/2024

Soussigné, Mme **BENABDALLAH AICHA CHEBIHI** kinésithérapeute
sise au 32, bd AIN TAOUJTATE résidence MAMOUNE Bourgogne.

Que : **M. TAHIRI JOUTEI HASSAN**

a effectué 16 Séances de rééducation Fonctionnelle à domicile dans les dates
qui suivent :

1-17/04/2024
2-18/04/2024
3-19/04/2024
4-20/04/2024
5-22/04/2024
6-23/04/2024
7-24/04/2024
8-25/04/2024
9-26/04/2024
10-27/04/2024
11-29/04/2024
12-30/04/2024
13-02/05/2024
14-03/05/2024
15-04/05/2024
16-06/05/2024

Cette attestation est délivrée à l'intéressé pour servir et faire valoir ce que de
droit.

Aicha BENABDALLAH CHEBIHI
KINESITHEREPEUTE D.E
Résidence Mamoun 32, Bd Ain
Taoujtate Bourgogne - Casablanca
Tél: 0522.27.45.21 / 0522.27.48.13

INPE : 065045056

I.F : 40503803 CNSS : 2624585

T.P : 35600801 ICE : 001660153000054

Banque: 022 780 000129 0028951186 74

إقامة مامون، رقم 32 شارع عين توجطات - بوركون - الدار البيضاء
Résidence Mamoun 32, Bd Ain Taoujtate Bourgogne - Casablanca 20050

05 22 27 45 21 / 05 22 27 48 13

06 61 20 03 35

kinebadr32@gmail.com