

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

MUPRAS Autres
RECEPTION

2003

2942

Société : RAM

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DRACI ABDESSATIY

Date de naissance : 27.09.1958

Adresse : BLAI N° 12 DÉOURA

Tél. : 0650612944

Total des frais engagés : 1.500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

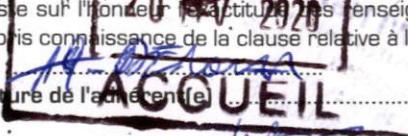


Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur que toutes les renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 19/02/2020 Le : 19/02/2020

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 - 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	
<i>EL MAKKADY</i> Kinésithérapeute Nath. Im. 1er Etage N° 1-Deroua 02151460645201802	<i>facture</i> EL MAKKADY Kinésithérapeute Nath. Im. 1er Etage N° 1-Deroua 02151460645201802	2	10	10	0	<i>100,00</i>

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أوبو خليق

جراحة الدماغ والعمود الفقري

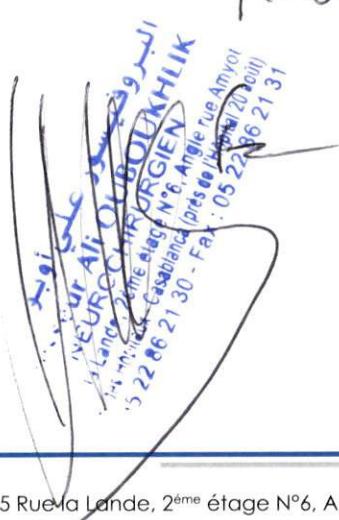
Casablanca, le : 23.1.20.

M DRA Li A. fabosaid

- NGB des territoire C6 -

- IRM: Arthrose +
Hernie C3/C4 C6/C7

pas de indices chirurgicaux



ICINÉ 25 séances

- Pansements dore de
Traction
- refroidir muscle

EL MAKKAWI Hamza

KINESITHERAPEUTE

Kinésithérapie - Électrothérapie

Gymnastique Médicale

Massage Médicaux



المكاوي حمزه

الترويض الطبي

المعالجات الكهربائية

الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Deroua, le 02/03/2014
EL MAKKAWI Hamza
Masieur Kinesitherapeute
Lot.Najah, Im. C, 1er. Etage N° 1 - Deroua
Tél. : 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

DEVIS N° 000096
EL MAKKAWI Hamza
Masieur Kinesitherapeute
Lot.Najah, Im. C, 1er. Etage N° 1 - Deroua
Tél. : 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

Nom et Prénom : J-DBA (J. D. B. A. B. E. S. S. A. I.)

la Somme de : 100x15 = 1500,00 DA

pour : 15 (quinze) Séances de : 50' à la séance
en Neuralgie cervico-brachiale

Signature

EL MAKKAWI Hamza
Masieur Kinesitherapeute
Lot.Najah, Im. C, 1er. Etage N° 1 - Deroua
Tél. : 0522 51 51 46 - 0645 20 10 42

تجزئة نجاح، الطابق الأول - الرقم 1 - الدروة

Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42

ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com



Deroua, le : 11/02/2020 الدروة، في :

FACTURE**N° 000083**

EL MAKKAWI Hamza
 Masseur Kinésithérapeute
 Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua
 Tel: 0522515146 - 0645201042

Nom et Prénom : 1^{er} - DBALI Abdessamad

la Somme de : Quatre-vingt-dix-sept dinars

110 x 15 = 1800,00 DA

pour : 15 (quinze) Séances de : Rééducati

du Neuralgie cervico-brachiale

Signature

EL MAKKAWI Hamza
 Masseur Kinésithérapeute
 Lot. Najah, Im. C, 1er. Etage N°1 - Deroua
 Tel: 0522515146 - 0645201042

تجزئة نجاح، عماره C ، الطابق الأول - الدروة

Lot. Najah, Im. C, 1er Etage - N° 1 - Deroua - Tél. : 05 22 51 51 46 - Mobile : 06 45 20 10 42

ICE N° : 000320968000038 - E-mail : elmakkawi.hamza@gmail.com



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور على أبو خليفة

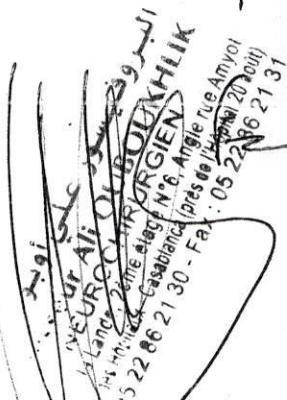
جراحة الدماغ والعمود الفقري

Approved
Re 28/01/2020

Casablanca, le : 23.1.20.

60182

ACC
2942
0651689966. M DBA Li Abbassaid
- NGB des territoire C6.
- IRM: Arthrose +
Hernie C3 C4 C5 C6
Pas pas d'indication chirurgie



10/10/25 8:00 a.m.

- Planeece done de

Trachōi

reflect risks

15 Rue La Lande, 2^{ème} étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA
(Prés de l'Hôpital 20 août) - Tél : 05 22 86 21 30 - Fax : 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhlik12@gmail.com
EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50

