

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-654288



13/6/96

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8545

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL AÏSSOUF

ABDELGHANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Age :

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 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

26



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
31.08.92	CS	-	G	INP : 0916197101 Dr. Mounir EZZOUBI NEUROLOGUE EEG - EMG مونير العزوزي طبيب العصبونات
				5, Rue Soumia, Rue Götzen - Q. des Hôpitaux TEL: 0522 48 53 61

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

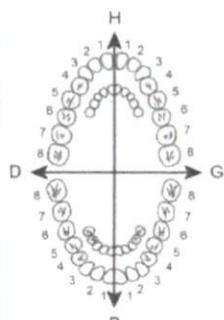
AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	G															
		25533412	21433552															
		00000000	00000000															
		B																
D		G																
00000000		00000000																
35533411		11433553																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

Docteur Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme (EEG)

Electromyogramme (EMG)

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

Expert Assermenté Auprès des Tribunaux

الدكتور مونير الرزوبسي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

خبير ملحق لدى المحاكم

Casablanca, le : 31 Août 2022

Mr EL AISSOUG Abdelghani

Faire pratiquer par Kinésithérapeute pour syndrome canalaire

du nerf SPE Gauche

20 séances de massages avec physiothérapie et
rééducation motrice

Tonification musculaire puis travail proprioceptif sur
plateaux instables.



DEMANDE DE DEROGATION

Code : PM2FR01
Version : 01
Date : 15/06/2022

Je soussigné(e), Nom : <i>EL AISSOUG</i> Prénom : <i>ABDELGHANI</i> Matricole : <i>8545</i> Numéro de feuille de soins : <i>21654286 / W21-654288</i>	أنا الموقّع (ة) (أسفله)، الاسم العائلي: <i>العيسوكي</i> الاسم الشخصي: <i>عبد الغني</i> رقم التسجيل: <i>8545</i> رقم ورقة التعويض عن المرض:
Motif dérogation : <i>Rééducation</i>	سبب الطلب: <i>ترويض طبي</i>

Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur :

• ARTICLE 23.1 (accord préalable)

L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale :

- Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ;
- Les séjours en maison de repos ;
- Les interventions chirurgicales ;
- Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ;
- L'orthopédie ;
- La rééducation ;
- Les cures thermales ;
- La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ;
- La procréation ;
- Les lentilles optiques ;
- Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ;
- Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ;
- Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affectation Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical.

• ARTICLE 25 (feuille de soins maladie)

Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée.

أقر بأنني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة • المادة 23.1 (طلب الموافقة قبلية)

من الواجب على المنخرط طلب الموافقة قبلية بموجب وصف طبي في الحالات التالية:

- الاستشفاء في المغرب أو خارج المغرب في العيادة، المستشفى أو المرافق الصحية
- الاستشفاء في المنزل
- التدخلات الجراحية
- تركيب وتقويم الاسنان للฟکين
- طب العظام
- الترويض الطبي
- العلاج الحراري.
- علم امراض النطق والامراض النفسية.
- الانجاب
- العدسات البصرية.
- رعاية المعاينين جديرا وعانيا.
- التدخلات الطبية المتسلسلة بمعنى المتركرة في عدة حصص التي تتصل بتدخل او اكثر في إطار وقت محدد.
- أمراض الورم، امراض الدم، الصيدلة والامراض المزمنة التعاضدية تتولى تسييد التكاليف التي تكبدتها في هذه الحالات بعد موافقة الرقابة الطبية

• المادة 25 (ورقة التعويض عن المرض)

يتم تحديد صلاحيتها ب 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تعويض

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : *01/09/2022* في التاريخ

A : *Casablanca* في

Signature (lu et approuvé*) التوقيع

lu et approuvé *Zayf*

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 09-08 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية

*La mention **lu et approuvé** est obligatoire pour l'étude du dossier

HANANE EZZOUBI

Kinésithérapeute-Physiothérapeute

V/Réf :

Note d honoraire

Casablanca, le 06-10-22

Nom et Prénom

Mr. EL Aissouy Abdelfgani

Nom du Médecin

Dr. EZTOUSI noui

Nombre de séance

: 20 seconds

Nature de la maladie

20 seconds
near SPE source

Total

: 4000,00 m

Arrêter la présente facture à la somme de :

~~Hanan EZZOUBI
KINESITHERAPEUTE
PHYSIOTHERAPEUTE
5, Rue Gallieni
2^e étage - 92130 GENOUX
Téléphone : 01 46 22 22 11
02 22 22 11~~

حنان الزوبدي

مروضة طبية



Hanane EZZOUBI

Kinesiotherapeute

M.

ELITE OF SS con G.
A Bd. 5. Riva 22.
Hans S. G. 5. Riva 22.
Kings 5. Riva 22.
P. H. G. 5. Riva 22.
Télé 11. 5. Riva 22.
Hans 5. Riva 22.

5، زنقة كاليان، إقامة سومية شقة 12، الطابق الثاني
حي المستشفيات - الدار البيضاء

5. Rue Galien (Prolongement de rue soumia vers l'Hôpital)

Résidence Soumia 2ème Etage Appt. 12

Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Tél.: 0522 22 12 12 - Fax : 0522 48 53 58

Email : ezzoubi.kine@yahoo.com

N°	DATES	HEURES
1	04-10-99	15h00
2	05-10-99	15h00
3	06-10-99	15h00
4	07-10-99	15h00
5	08-10-99	15h00
6	09-10-99	15h00
7	10-10-99	15h00
8	11-10-99	15h00
9	12-10-99	15h00
10	13-10-99	15h00
11	14-10-99	15h00
12	15-10-99	15h00
13	16-10-99	15h00
14	17-10-99	15h00
15	18-10-99	15h00
16	19-10-99	15h00
17	20-10-99	15h00
18	21-10-99	15h00
19	22-10-99	15h00
20	01-11-99	15h00

En cas d'empêchement, merci de prévenir 24h à l'avance.



copier le planning

pour les sciences

meéducaction