

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.

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

N° W21-729683

129216

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15156 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GAMMOUH RIM

Date de naissance : 20/05/1992

Adresse : 66 Rue Ahmed Naciri quartier Palmier Casablanca

Tél. : 06 45 17 49 30 Total des frais engagés : 2400 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Ahmed Amine BIADILLAH
Spécialiste en Médecine du Sport
Echographie Ostéopathie
Nutrition, Nutritérapie et Nutraceutique
Médecine et Mésothérapie Esthétique

Date de consultation : 01/09/2022

Nom et prénom du malade :

GAMMOUH RIM

Age : 30

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

lésion du muscle biceps fémoral gauche

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.

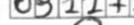
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01.08/2022	CS	01	Gratuit	INP : 091771880  Dr. Ahmed Amin ELADILLAH Spécialiste en Médecine du Sport Echographie Ostéopathie Nulim - Att

Dr. Ahmed Amine SIADILLAH
 Spécialiste en Médecine du Sport
 Echographie Ostéopathie
 Nutrition, Nutritérapie et Nutraceutique
 Médecine et Mésothérapie Esthétique

[illegible][illegible]

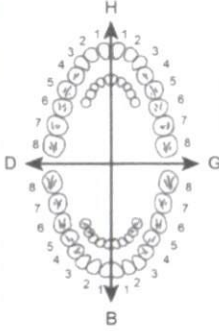
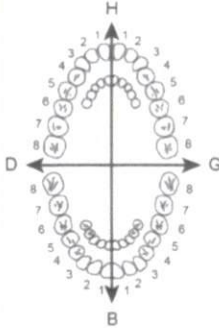
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	du 21/05		12 Amms			2400 r
	du					
	30/10/2012					

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	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 border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																	
		25533412	21433552																
00000000		00000000																	
G																			
00000000		00000000																	
35533411		11433553																	
B																			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			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

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.

INP :

--	--	--	--	--	--	--	--

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


Casablanca, le 01/09/2022

M^{me} GAMMOUN Rim :

Faire sup. 12 séances de kinésithérapie à raison de
3 séances par semaine pour
lésion du biceps fémoral gauche

Antalgique, électrothérapie + Mécar
Désinfectant, électrothérapie
Repos relatif musculaire progressif




Dr. Ahmed Amine BIADILLAH
Spécialiste en Médecine du Sport
Echographie Ostéopathie
Nutrition, Nutrithérapie et Nutraceutique
Médecine et Mésothérapie Esthétique

Kinésithérapie ABOUTAIB

Le code INPE :

065033516

Le code à barre:



065033516

CASABLANCA LE 31/10/2022

FACTURE

NOM: GAMMOUN

PRENOM: Rim

DIAGNOSTIC: lésion biceps fémorale.

NOMBRE DE SEANCES: 12

PRIX DE LA SEANCE: 200,-

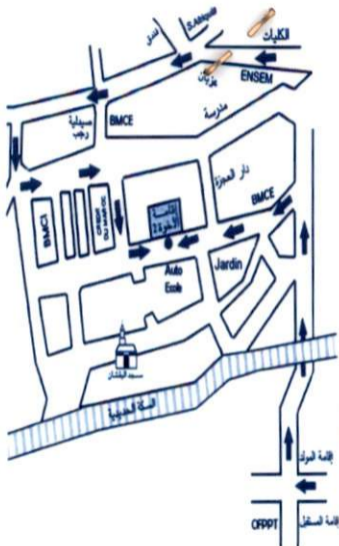
COTATION: Annus

PRIX DES SEANCES: 2400,-

ARRÊTER LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE ...#2400,00#..... DIRHAMS.

SIGNATURE





Khadija ABOUTAIB

Kinésithérapeute

Rééducation fonctionnelle motrice - Rééducation Respiratoire
Gymnastique Médicale - Drainage Lymphatique - Rééducation à domicile

157 إقامة الإخوة 2، الطابق السفلي، الشقة 5، هي التسمية
جماعة ليسانسة الدار البيضاء - المغرب
الهاتف 06 69 35 27 52 : المحمول : 05 22 91 07 99

157, Rés. Les FRERES 2, ROC, Apt N°5, Hay Annassim
Commune Lissasfa Casablanca - Maroc

Tel : 05 22 91 07 99 - Gsm : 06 69 35 27 52 - Email : aboutaib.k@gmail.com

12 séances

Vos prochains rendez-vous :

- Le 21/03/2022 à 18h
- Le 23/03/2022 à 18h
- Le 24/03/2022 à 18h
- Le 28/03/2022 à 18h
- Le 30/03/2022 à 18h
- Le 17/10/2022 à 18h
- Le 18/10/2022 à 18h
- Le 21/10/2022 à 18h
- Le 24/10/2022 à 18h
- Le 26/10/2022 à 18h
- Le 28/10/2022 à 18h
- Le 31/10/2022 à 18h
- Le à

Vos prochains rendez-vous :

- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à
- Le à

