

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

A 29216

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 15156	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : GAMMOUM RIM			
Date de naissance : 20/05/1992			
Adresse : 66 Rue Ahmed Alacini quartier Palmer 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, Nutrithérapie et Nutraceutique Médecine et Mésothérapie Esthétique		
Date de consultation : 01/08/2022			
Nom et prénom du malade : GAMMOUM Rim	Age : 30		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Lésion du muscle triceps 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) : **B. ACCUEIL**



Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :	Dr. Ahmed Amine BIADILLAH Spécialiste en Médecine du Sport Echographie Ostéopathie Nutrition, Nutrithérapie et Nutraceutique Médecine et Mésothérapie Esthétique		
Date de consultation : 01/08/2022			
Nom et prénom du malade : GAMMOUM Rim	Age : 30		
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Lésion du muscle triceps 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) : **B. ACCUEIL**



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
01/08/2022	CS	01	Générik	INP : 081171880
				Dr. Ahmed Amin BIADILLAH Spécialiste en Médecine du Sport Echographie Ostéopathie Nutrition - Musculation

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 Participant	Date des Séances	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Mr. H. Casablanca - Jet. 069 35153</i> <i>du 20/10/2022</i>	<i>du 20/10/2022</i> <i>an</i> <i>35153/20/10/2022</i>			<i>12 Annes</i>		<i>24000.-</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 de l'ODF.



**Dr. Ahmed Amine
BIADILLAH**

دكتور أحمد أمين بيد الله

الطب الرياضي
الفحص بالصدى
الطب اليدوى والتقويمى
Médecine manuelle et ostéopathie
المزوتيرابيا
Médecine et mésothérapie esthétique
علم التغذية والحممية
Nutrition, nutrithérapie et nutraceutique

Casablanca, le 01/09/2022

Mme GRAMMOUX REN :

Faire suivre 12 séances de kinéthérapie à raison de
3 séances par semaine pour
rémission du bras droit gencive

Antalgique, électrothérapie + Mécane
Dynamie, électrostimulation
Relaxation musculaire profonde



Dr. Ahmed Amine BIADILLAH
Spécialiste en Médecine du Sport
Échographie 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: Névrose biceps fémorale.

NOMBRE DE SEANCES: 12

PRIX DE LA SEANCE: 200,-

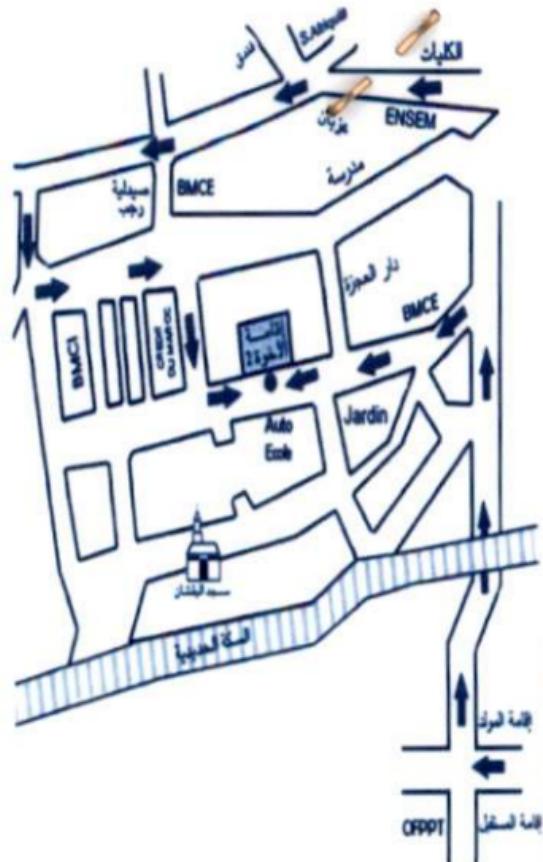
COTATION: Année

PRIX DES SEANCES: 2400,-

ARRÊTER LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE 2400,- DIRHAMS.

SIGNATURE





KA

Khadija ABOUTAIB

Kinésithérapeute

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

157 إقامة الإخوة 2، الطايل السطلي، النقطة 5، هي التسمية
جماعية ليساسة المدار البيضاء - المغرب
الهاتف 05 22 91 07 99 - المحمول : 06 69 35 27 52

157, Rés. Les FRERES 2, ROC. Appt 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 péances

Vos prochains rendez-vous :

- Le.21 | o.3 | 2o22 à. 18.ln
 - Le.23 | o.3 | 1o.12 à. 18.ln
 - Le.24 | o.3 | 2o22 à. 18.ln
 - Le.25 | o.3 | 2o22 à. 18.ln
 - Le.30 | o.8 | 1o.12 à. 18.ln
 - Le.12 | 1.o.1 | 2o.12 à. 18.ln
 - Le.13 | 1.o.1 | 2o.12 à. 18.ln
 - Le.21 | 1.o.1 | 2o22 à. 18.ln
 - Le.24 | 1.o.1 | 2o22 à. 18.ln
 - Le.26 | 1.o.1 | 2o.12 à. 18.ln
 - Le.28 | 1.o.1 | 2o.12 à. 18.ln
 - Le.31 | 1.o.1 | 2o22 à. 18.ln
 - Le..... à.....

Vos prc

ns rendez-vous :