

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1707

Société :

RAM 197148

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Gouair Abdellah

Date de naissance :

3.12.16

Adresse :

Imm 17 appart 6 mansouri a beach mansourid

Tél. :

06610457 e4

Total des frais engagés :

30000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Intania Bouazzaz
Rhumatologie
Rue Allal, Résidence ISMAILA
Muhammedia, Tel : 05 23 32 7

Date de consultation :

9.8.18

Nom et prénom du malade :

Khamsoubat Malika Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gout artrose

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 :

Le : 30/14/24

Signature de l'adhérent(e) :

J. S.



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	
EL FAHIM HAJAR Cadre Kinésithérapeute A.H. di Sebta, Mag. N°101-Mohammed Tel: 05 23 32 42 32	Dhs 06/03/2024	1	5	0	Dhs	3000,00
		20	3 séances			Dhs

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

A diagram of a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: Upper Left (UL) teeth 1-8, Upper Right (UR) teeth 9-16, Lower Left (LL) teeth 17-24, and Lower Right (LR) teeth 25-32. A coordinate system is overlaid: the vertical axis is labeled 'H' at the top, with arrows pointing up (positive H) and down (negative H); the horizontal axis is labeled 'D' on the left, with arrows pointing left (positive D) and right (negative D); and the diagonal axis is labeled 'B' at the bottom, with arrows pointing down and to the left (positive B) and up and to the right (negative B).

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE KINESITHERAPIE

Hajar EL FAHIM

مركز الترويض الطبي و العلاج الفيزيائي

Mohemmadia le : 24/04/2024

MME KHARROUBAT MALIKA

EL FAHIM HAJAR
Cadre Kinesithérapeute
Bd. Sebta, Mag. N°101-Mohammedia
Tél : 05 23 32 42 32

ANNEXE : CALENDRIER

SEANCE	DATE
01	06/03/2024
02	08/03/2024
03	11/03/2024
04	13/03/2024
05	15/03/2024
06	18/03/2024
07	20/03/2024
08	22/03/2024
09	25/03/2024
10	27/03/2024
11	29/03/2024
12	01/04/2024
13	03/04/2024
14	05/04/2024
15	08/04/2024
16	15/04/2024
17	17/04/2024
18	19/04/2024
19	22/04/2024
20	24/04/2024



CENTRE KINESITHERAPIE

Hajar EL FAHIM

مركز الترويض الطبي و العلاج الفيزيائي

Mohemadie le : 24/03/2024

FACTURE N 41/24

POUR

20 Séances de kinésithérapie

Durant la période

DU 06/03/2024 AU 24/04/2024

Adressées à Mme/ Mr

KHARROUBAT MALIKA

Sur ORDONNANCE DU DOCTEUR

BOUAZZAOUI LAMIA

SOIT

20 SEANCES X 150.00Dhs =3000.00Dhs

Paiement en espèce

EL FAHIM HAJAR
Cadre Kinésithérapeute
Bd. Sebta, Mag. N° 101 Mohammedia
Tél : 05 23 32 42 32

N° Dossier: 197148 

N° Dossier externe: ACC-01/03/2024

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: KHARROUBAT MALIKA

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 01-03-2024 

Date de fin:

Date de saisie: 01-03-2024

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
01-03-2024	Manuel	OK pour 20 séances de rééducation

Dr Lamia Bouazzaoui

RHUMATOLOGUE

Médecin Spécialiste des Maladies des Os
des Articulations de la Colonne Vertébrale
et des Maladies Rhumatismales
Echographie Ostéo-articulaire



الدكتورة لمياء بوعزاوي

طبيبة اختصاصية في أمراض العظام

و المفاصيل و أمراض الروماتيزم

الفحص بالصدى

EL FAHIM HAJAR
Cadre Kinésithérapeute
Bd. Sétif, Mag. N°101-Mohammedia
Tél : 05 23 32 42 32

Mohammedia, le

28/2/2024.

Dr Lamia Bouazzaoui

Reeds → See

in the middle

- A me. du gen. hyper extens
- Supra patel de CCA

- Reeds → See (عند)

- to → yester

Diagnosis
/ SNC

Dr Lamia Bouazzaoui
Résidence ISMAIL, 1er étage
Tél: 05 23 32 77 85

شارع أسفي إقامة إسماعيل - الشقة 5

الحمدية - الهاتف: 0523 32 77 85

البريد الإلكتروني: lamia.bouazzaoui@gmail.com