

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7838	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	AMAROUCHE KHALID
Nom & Prénom : AMAROUCHE KHALID			
Date de naissance :	27/05/1967		
Adresse :	2 Rue Roseigne - EG 1 - APT 2 - QU DES HOUATAC - CASA		
Tél. :	0661691366	Total des frais engagés :	1950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px; margin-bottom: 10px;"></div> <div style="text-align: center;">  AMAROUCHE 07/01/2020 KHALID </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA
Signature de l'adhérent(e) : *Amarouche Khalid*

Le : / /

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Friza Boutayeb Sithérapeute-Physiothérapeute abdellouni 416 Anoual Capital Center 0522 986 699-QSM: 0661 146 461 ICE: 001583505000055	FACTURE: 22/09/2019 AMM(15x139,00)=1985,00 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram illustrates the Head (H), Goal (G), and Body (B) coordinate system. The Head axis (H) points upwards, the Goal axis (G) points to the right, and the Body axis (B) points downwards. A circular path is shown, starting at the Head (H) position, moving clockwise through various numbered points (1-8) on the outer ring, and returning to the Head (H) position.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Aziza Boutayeb

kinésithérapeute - Physiothérapeute

Diplômée d'Etat

Ancienne Kinésithérapeute en Chef
du service Kinésithérapie
au CHU Ibn Rochd

بوطيب عزيزة

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

و المعالجة الكهربائية

رئيسة سابقا لقسم الترويض

الطبي بمستشفى

أبن رشد

Casablanca, le : 22 / 09 / 2020

Facture

N° _____

La somme de : Mille neuf cent cinquante dirhams.

Pour une série de : 15 séances de : Rééducation
fonctionnelle étirement Avec renforcement musculaire
et travail actif des muscles.

Adressée à : AMAROUCHE ALI

Durant la période du : 03 / 08 / 2020 au : 22 / 09 / 2020

Sur ordonnance du Docteur : KHAIROUNI Abdesslam

Aziza Boutayeb
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
416 Anoual Capital Center
Bd Abdelmoumen 416 Anoual Capital Center
Tel: 0522 986 699 - GSM: 0661 14 64 65
ICE: 00158350500055

416, Anoual Capital Center, Angle Bd Abdelmoumen Bd Anoual

Entrée A - 3^{ème} étage. N° 27 - Casablanca

Tél.: 05 22 98 66 99 - GSM : 0661 14 64 65 - Email: kineboutayeb@gmail.com

ICE: 00158350500055 - Patente: 34712558 - CNSS: 5531597

Docteur Abdeslam KHAIROUNI
Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant

Professeur de Chirurgie Infantile
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris
Ancien Chef de Service de l'Hôpital Delafontaine
Membre de la Société Française
d'Orthopédie Pédiatrique

الدكتور عبد السلام خيروني
أستاذ في جراحة الأطفال

خريج جامعة باريس
رئيس قسم جراحة الأطفال سابقاً
عضو الشركة الفرنسية
لجراحة عظام الأطفال

Casablanca le 10 DEC 2019

AMAROUCH

Ali

Villefranche & Melles

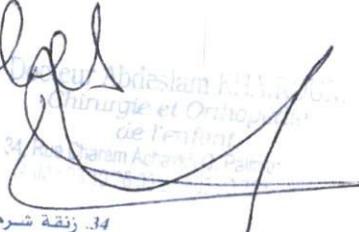
é fin

Etat d'Alix Tébili + + +

et état Guillaume + + +

Lx (fin)

Guru neuf



بـ زنقة شرم الشيخ - حي النخيل - الدار البيضاء
34, rue Charam Achaykh - Quartier Palmier - Casablanca - RDV 06 69 97 11 16 - 05 22 25 50 56/75
06 10 26 05 94 - E-mail: akhairouni@yahoo.fr

Aziza Boutayeb
kinésithérapeute-Physiothérapeute
Rd Abdelmoumen-416 Anoual Capital Center
Tél: 0522 986 699-GSM: 0661 146 465
00158350500055

Casablanca Le 22/09/2020

Tableau récapitulatif des séances

AMAROUCHE ALI

Numéro de séance	La date	Signature
1	03/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
2	06/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
3	10/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
4	13/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
5	17/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
6	20/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
7	24/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
8	27/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
9	31/08/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
10	03/09/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
11	07/09/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
12	10/09/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
13	14/09/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
14	17/09/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055
15	22/09/2020	Aziza Boutayeb Kinésithérapie- Physiothérapie Bd Abdelmoumen-416 Andal Capital Center Tél:0522-986699-GSM: 0661 146 465 I.C.E: 001583505000055

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 18/12/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 7838 e-mail Kanarouch@royalairmaroc.com phones : 0661691366
 Nom et Prénom de l'adhérent : AMAROUCH KHALID
 Nom et Prénom du bénéficiaire : AMAROUCH ALI

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr A. Amarouch
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. AMAROUCH ALI
 Nécessite une consultation
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

18/12/19 [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.