

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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

53621

Déclaration de Maladie : N° P19- 0015594

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 30245

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

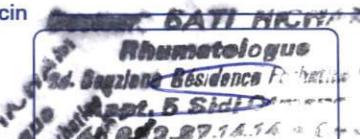
Nom & Prénom : BELLAHZAÏD ARDELIA Date de naissance : 13/12/1981

Adresse : Siège RAM / Aéroport Casa Anfa, CASA

Tél. : 0662.76.14.93 Total des frais engagés : 2050,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/09/20

Nom et prénom du malade : BELLAHZAÏD Nourad Age : 30

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Tendinopathie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26/09/2020

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 : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des "Actes"	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Elle a été remboursée par la Résidence "Sidi Othmane" le 22.07.2013	Visite	CV	250 DHT	<p>Document : Rhumatologus Fortissimo S.A.S. Bouziane Résidence "Sidi Othmane" Apt. 5 Sidi Othmane 744 022-87-14-16 à Casab</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
NISSIE FIYOUZ Kinésithérapeute Tél.: 0637 14 36 75	du 15.10.2020 au 26.11.2020	-	-	-	-	1200 H x 15 séances = 18000 H

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the distribution of granules in the brain, specifically highlighting the Hypothalamic-Granular-Dorsal (HGD) system. The brain is shown from a dorsal perspective, with major regions labeled: Hypothalamus (H), Dorsal (D), Granular (G), and Posterior (P). A central vertical axis is marked with numbers 1 through 8. The diagram shows a series of granule clusters arranged along this axis, with labels indicating their approximate positions: 1 (top), 2 (multiple locations), 3 (multiple locations), 4 (multiple locations), 5 (multiple locations), 6 (multiple locations), 7 (multiple locations), and 8 (multiple locations). The granules are represented by small circles with diagonal lines, and the overall pattern forms a symmetrical, ladder-like structure.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Hicham SATI

Spécialiste en Rhumatologie

Maladies Rhumatismales

Articulations - OS. et Colonne vertébrale

- Ancien Professeur Assistant des Hôpitaux de France
- Diplôme Universitaire de la douleur
- Membre International du Collège Americain de rhumatologie et de la Société Française de Rhumatologie
- Diplôme en Rhumatologie Pédiatrique

Sur Rendez-vous - Horaire Continue

Casablanca, le :

26/9/80

- الدكتور هشام ساطع
- اختصاصي أمراض المفاصل والروماتيزم والعظام والعمود الفقري
 - أستاذ مساعد بالمستشفيات الفرنسية سابقا
 - عضو المعهد الأمريكي لأمراض الروماتيزم والجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم
 - دبلوم جامعي في علاج الألم
 - شهادة الترويض الطبي
 - دبلوم في روماتيزم الأطفال
- بالموعد - التوقيت المستمر



BEL LAHZAOUI Pourrad

faire pratiquer les séances

de rééducation des pieds

avec massage physiothérapie

DIST. SATI HICHAM
Rhumatologue
Bd. Bouziane, Résidence Farhatine 5
Appt. 5 étage Crimée
Tél. 022.27.14.14

315

CABINET DE KINÉSITHÉRAPIE

Nissrine fiyouz

Kinésithérapeute-physiothérapeute

Nouaceur, le 26/11/2020

FACTURE DE TRAITEMENT

Nom/prénom : MOURAD Belkahzemi

NOMBRE DES SEANCES PRESCRITES : 15 séances

PRIX UNITAIRE : 120 D.H

Montant total : 1800 D.H

ARRETER LE PRESENT FACTURE A LA SOMME DE :

Nissrine fiyouz cont
dix-huit cent

NISSRINE FIYOUZ
Kinésithérapeute
Tél.: 0637 14 36 75



CABINET DE KINÉSITHÉRAPIE



NISSRINE FIYOUZ

Calendrier de traitement

Nom et prénom :

Nouredd Bellahzouzi

Nombre de séances :

15 séances



Nombre de séances	Dates de traitements
1	15/10/2020
2	20/10/2020
3	22/10/2020
4	27/10/2020
5	30/10/2020
6	3/11/2020
7	5/11/2020
8	10/11/2020
9	12/11/2020
10	13/11/2020
11	17/11/2020
12	19/11/2020
13	20/11/2020
14	24/11/2020
15	26/11/2020
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26.10.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 30145

e-mail : abellah2aouiroy@yahoo.fr Phone : 0662 76 14 93

Nom et Prénom de l'adhérent : BELLAH ZAOUI ABDELLAH

Nom et Prénom du bénéficiaire : BELLAH ZAOUI MOURAD

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime quel l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

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):

Antécédents de l'opér.

Cachet, date et signature du praticien

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.