

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.

55563

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Matricule :

05767

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

222 Boumigis

Date de naissance :

06-03-68

Adresse :

Casa Casablanca 11000 11000 11000

Boumiga Casa

Tél. :

26061277553

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr OUIZIE Mohamed

(Chirurgien Dentiste Ophtalmologiste
n°2 Imm. 34 Résidence
Ed Algoz, Ain Chichaoua
Tél: 0522 87 33 57/6661 67 341

Cachet du médecin :

Date de consultation :

05/03/2021

Nom et prénom du malade :

Age:

Fatima Ben Oualid

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fatima Ben Oualid

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

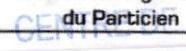
Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	2010-11 2021	15	Année			225000
Tél : 05 22 61 15 27						

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

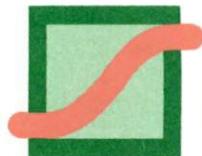
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مَسْجِدَة دَار السَّلَام
CLINIQUE DAR SALAM

Casablanca, le 24 AOUT 2020

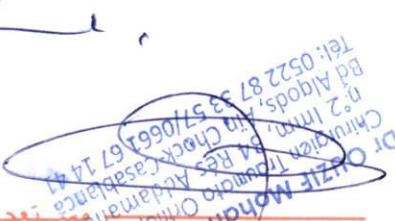
Boukharia AZIZI

- * En date 17/5 de la mois 6
- * traité chirurgicale et
- ⇒ 15 séances de Kiné
CENTRE DE KINESITHERAPIE
KINEFORME
N° 15 AVENUE AMMOR
Tél : 05 22 87 15 87
- 3/ se main.

URGENCES 24 / 24

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352





Facture N°: 0120

Nom : AZIZ BAKHRISS

Type de séance :

Sous prescription du Dr : Dr. Azzif Mohamed Amine

Nombre de séances : 15 Séances

Du : 16/09/2020

Au : 20/01/2021

PU : 150 DH

Montant : 2250 DH

Facture arrêtée à la somme de : Deux mille deux Cent

Cinquante Dirhams

CENTRE DE KINESITHERAPIE

KINÉFORME

Mme IMANE AMMOR

Tél : 05 22 87 15 87



Imane AMMOR

Kinésithérapeute
Physiothérapeute

Casablanca, Le

16 / 09 / 2020

DEVIS DE TRAITEMENT

La somme de : 2250 DH

Pour une série de 15 Séances de

Reéducation pour Fracture
de l'^r de la main Gauche.
Adressée à M^r Boukhriss Aziz
Sur ordonnance du Docteur Ouzif Ned kning

Centre de KINESITHERAPIE
Imane AMMOR
KINÉFORME
Mme Imane AMMOR
Tél: 05 22 87 15 87

Dr. OUZIF Mohamed Amine

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

- Chirurgie des maladies osseuses et Rhumatologiques
- Ostéoporose, PRP
- Chirurgie Prothétique - Arthroscopie
- Spécialiste en chirurgie de la main et du pied
- Diplômé de la Faculté de médecine de Paris-sorbonne
- Ancien Résident de S.O.S main Paris
- Ancien Médecin du CHU Ibn Rochd
- Ancien Interne de l'hôpital Robert Ballanger (Aulnay sous bois)
- Ancien Résident de l'hôpital Paul d'Egine (Chamigny sur marne)
- Membre de la société française de Traumato-Orthopédie



الدكتور اوزييف محمد امين
اخصائي في جراحة المفاصل و العظام

- امراض المفاصل والعظام
- هشاشة العظام - العلاج بالبلازما
- الجراحة التقويمية - الجراحة بالمنظار
- متخصص في جراحة اليد والقدم من كلية العلوم الصوريون - باريس
- طبيب سابق في مستشفى يلد بباريس
- طبيب سابق بمستشفى ابن رشد
- طبيب سابق بمستشفى دوبيه بالونجي
- طبيب سابق بمستشفى بول ديجين
- حصل بالجامعة الفرنسية لجراحة المفاصل والعظام

Ordonnance

Le : 03/09/2020

Lettre de kiné

Mr(Mme)..... BOUKHRISS AZIZ

présente:

Fracture de l'os de

la main

Nécessite 15 Séances de kiné à raison de 3./semaine.

N°2, Immeuble 34, Bd Al Qods – Résidence Addamane – Ain Chock, Casablanca.

رقم 2: بشارع القدس، إقامة: الضيافة، الشقة 34، العناوين: البنية.

Tel : 05.22.87.33.57 GSM : 06.61.67.14.41 E-mail : dr.ouzif@gmail.com

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 06767 e-mail : abdoulaye.aziz@wanadoo.fr Phones : 0667277353
 Nom et Prénom de l'adhérent : Aziz Bouyahya
 Nom et Prénom du bénéficiaire : Aziz Bouyahya

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. BOUKHARISS AZIZ

Nécessite 15 séances de kiné

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

3 séances /semaine

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) :

Fracture de l'os de la main

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Mohamed Azzedine
Centre d'affaire Allal Ben Abdellah
Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca

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.