

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 |

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.

N° W21-658948

86522

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8754		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HASSANI ABDELILAH			
Date de naissance : 27.10.1965			
Adresse : 6 RÉS WARDA APT7 WAFA 2			
Tél. : 0666871065		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNPD N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : Nom et prénom du malade : EL HASSANI ABDELILAH Age : 56 ANS	
Lien de parenté :	<input checked="" 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) :  Le : 10/11/2021	

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 : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
Dr. Beni Rie 93 N° 29 Hypothèse Casablanca 29/10/2021	29/10/2021	1/1/1/1	1/1/1/1	1/1/1/1	1/1/1/1	22500 Dhs

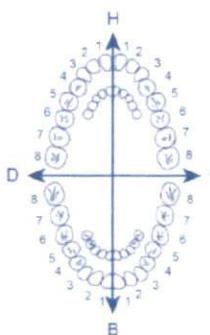
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

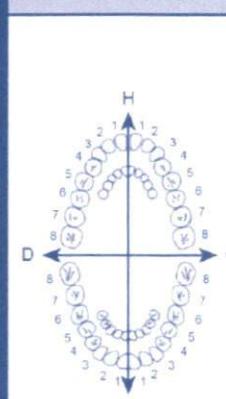
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]



DENTAL ARCH DIAGRAM: A diagram of a dental arch (maxilla and mandible) with numbered teeth. The upper arch has teeth numbered 1 through 8. The lower arch has teeth numbered 1 through 8. The diagram is oriented with the head facing upwards.

ODF PROTHESES DENTAIRES



DENTAL ARCH DIAGRAM: A diagram of a dental arch (maxilla and mandible) with numbered teeth. The upper arch has teeth numbered 1 through 8. The lower arch has teeth numbered 1 through 8. The diagram is oriented with the head facing upwards.

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- * Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- * Ancien Interne des Hôpitaux de France
- * Ancien Praticien en Belgique
- * Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- * Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- * Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- * Chirurgie de la Main et Pied
- * Chirurgie Arthroscopique



الدكتور عبد الرحمن أبو شامة
اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- * شهادة من جامعة نوبل ببروكسل
- * طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- * ممارس سابق ببلجيكا
- * دبلوم في الطب الرياضي والإصابات بفرنسا
- * الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- * جراحة الكسور والروماتيزم
- * جراحة العمود الفقري
- * جراحة لليد والقدم

Casablanca, le : 23/9/62 الدار البيضاء، في :

Mr ECHASSAN, ABDELILAH

Douleur sur le rachis

Br (L5-S1).

Traitement : Fracture sur le
Vue de dorsal
Prise de force sur
l'os.

- Physiothérapie +
- Drainer dos
- Pansement pour le rachis

61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca شارع واد درعة، الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 24 13 16 - المستعجلات : Tél. : 05 22 27 48 01

Reçu avec intérêt et
satisfait dans ce que

propose.

Demandez le pris.

Docteur Pierre Marie DROUET
Chirurgien orthopédiste et traumatologue
61 rue de la République 75011 Paris
Téléphone : 01 42 65 24 36

Date	Horaire	Paiement
1) Séance	27/9/2021	
2) Séance	29/9/2021	
3) Séance	1/10/2021	
4) Séance	4/10/2021	
5) Séance	6/10/2021	
6) Séance	8/10/2021	
7) Séance	11/10/2021	
8) Séance	12/10/2021	
9) Séance	14/10/2021	
10) Séance	16/10/2021	
11) Séance	23/10/2021	



Centre Faris de Kinésithérapie
& Médecine des Ventouses

Bd Ouad Beht, Rue 92 N° 23-25 RDC
Hay Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 10 17 - GSM : 06 68 45 35 02
Email : madifarais699@gmail.com

Carnet des Séances de Rééducation

Nom : ECHASSARD

Prénom : ANNE DE CLAUDE

N° Dossier : 123456789

Diagnostic: *Acute hepatitis B*

Nombre de Séance : 15 séances

N° Dossier: 86522 

N° Dossier externe: ACC-08754-01/10/2021

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: EL HASSANI ABDELILAH

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 01-10-2021 

Date de fin: 01-10-2021 

Date de saisie: 01-10-2021

Événement: 

Commentaires pour l'édition

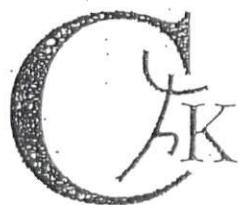
[Ajouter](#)

Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
05-10-2021	Manuel	FRACTURE METATARSIEN. OK POUR 15 SEANCES DE REEDUCATION
05-10-2021	Manuel	informé par appel 0666871065



مركز فارس للتربيض الطبي
Centre Faris de Kinésithérapie
المجامعة الطبية



Madiha FARIS
Kinésithérapeute et Physiothérapeute

Casablanca le 26/10/2011

Centre Faris de Kinésithérapie
& la Médecine des Ventoux
Bd Oued Beht Rue 92 N° 23-25
Hay Oulfa Casablanca
Tél 0522 93 10 17

FACTURE

La somme de : 1158.000 Dhs , 225 Dhs

Pour une série de : 15 Séances de : visual

..... factuelle Par Fr. Base du T. métatarsien

..... Physiothérapie, mobilisation, elanç.

..... refut vulaire, Tapis de pl.

Adressé(e) à : M^r EL Hassanⁱ Abdellatif

Période : Du Au

Sur ordonnance du docteur : Dr Abdioune Ameurama

M. Faris
Centre Faris de Kinésithérapie
& la Médecine des Ventoux
Bd Oued Beht Rue 92 N° 23-25
Hay Oulfa Casablanca
Tél 0522 93 10 17