

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.

N° W21-716790

114960

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 11719		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : MOUHTAII JAAFAR			
Date de naissance : 14/12/72			
Adresse : Lot. Vermondo Rue 2 n° 14 Casab.			
Tél. : 06 61 97 58 16		Total des frais engagés : 1800,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
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 : Casab. Le : 06/06/22

Signature de l'adhérent(e) :



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 - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

Centre et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Centre Parc de Kinesitherapie & la Médecine des Ventouses Bd. Oued Béni R'm 92 Hay Oufira Casablanca Tél (0522) 33 10 17	Le 04/06/2022	1	125	50	1100	1100

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												
				INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">25533412 21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="text-align: left;">35533411 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412 21433552	D		00000000 00000000	B		00000000 00000000	G		35533411 11433553
H		25533412 21433552														
D		00000000 00000000														
B		00000000 00000000														
G		35533411 11433553														
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														



Centre FARIS de Kinésithérapie

مركز فارس للترويض الطبي

Madiha Faris

Kinésithérapeute & Physiothérapeute

Casablanca le, 4 / 6 / 2022

Facture

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

La somme de : + (125 x 150dh) = 1800dh.

Pour une série de : 12 Séances de : 15 min.

..... full body Sd. rotule, Physiothérapie
antalgique, elut, la siège, refit
Rapport en cléage

Adressé (e) à : Dr Jaa Faris Faris

Période : Du Au

Sur ordonnance du docteur : Dr Madiha Faris

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

M.FARIS

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 لوغان 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 اليد والقدم

Casablanca, le : ٥٩ / ٠٤ / ٢٠٢٢ الدار البيضاء، في:

MOURTADE JAAFAR

Change nos de résultat

Rachis : (1525) ;

Left : Spondylitis sur Spondylolisthesis LL5

Pathologie LL5 / Akren 2ndaries
Tendons d'étriers / Rot

· Passage de l'arthrose au stade 3

· Echanges d'étriers + ischioscapiles

- Reptiles
 - Vertebral column
 - Roy Fender
 - Post ext hawks
 - Cervical pectoral
 - Sphincter Jejunum.
 - proprioceptor

*Document de l'atelier de recherche et d'innovation
Chaque document est une œuvre unique*

61 / 100 - Date : 10/06/2018 - Page : 00619 * 13/16

TEL: 0522 27 48 01 - E-mail : 00619@chama.org

N° Dossier: 114260 

N° Dossier externe: ACC-11719-09/05/2022

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: MOUHTADI JAAFAR

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 09-05-2022 

Date de fin: 09-05-2022 

Date de saisie: 09-05-2022

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
10-05-2022	Manuel	OK ACC 12 SEANCES KINÉ GENOU GCHE
10-05-2022	Manuel	OK POUR 12 SEANCES DE REEDUCATION

Date	Horaire	Paiement
1) Science	10/5/2022	
2) Science	12/5/2022	
3) Science	14/5/2022	
4) Science	16/5/2022	
5) Science	18/5/2022	
6) Science	20/5/2022	
7) Science	23/5/2022	
8) Science	25/5/2022	
9) Science	27/5/2022	
10) Science	30/5/2022	
11) Science	2/6/2022	

Date	Horaire	Paiement
12) Science	4/6/2022	

Centre Fans de KID SUPERADIC
 à la Médecine des Véritables
 Hôpital Quadriplegique
 0529370125



Centre Faris de Kinésithérapie
& Médecine des Ventouses

Bd Ouard Beht, Rue 92 N° 23-25 RDC
Hay Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 10 17 - GSM : 06 68 45 35 02
Email : madifariss699@gmail.com

Carnet des Séances de Rééducation

Nom : Mélanie Taek

Prénom : Aa Aa

N° Dossier : 870000000000000000

Diagnostic: ...

el año que viene se hará la
reparación de la

Nombre de Séance : 0523 Cours 92-93