

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DATHMOUNE JAMILA

Date de naissance : 20/06/1958 C.I.A

Adresse : IM29 - Apt N° 4. 2^e étage. Nour California

CIRCUIT BIA (CD)

Tél. : 06.60.16.81.00 Total des frais engagés : X 1.600,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : CH.S.N.BIA (CD) Le : 20/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : M. JAMILA



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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	
Centre de Kinésithérapie AIKA Aicha OUFIR 104 Avenue L'Anik, bd El Qods N° 122 ème étage NP : 24964563	13-06-2013 Facture	1				1.200 dh

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'ODE.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram of a dental arch (maxilla) showing the upper teeth. The teeth are numbered from 1 to 8 on both the left and right sides. A horizontal arrow points from the left side (D) to the right side (G), indicating the direction of the arch.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Amine ABDELAOUI

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- Lauréat de la Faculté de Médecine Paris Diderot - France.
- Diplômé de l'Université Paris Est Créteil - France.
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris - France.
- Ancien Chirurgien du CHU Mohammed VI de Marrakech.



الدكتور أمين عبدالاوي

- اختصاصي في أمراض وجراحة العظام والمفاصل
- خريج كلية الطب بباريس ديدرو - فرنسا.
- دبلوم من جامعة باريس إيست كريتاي - فرنسا.
- جراح سابق بمستشفيات باريس - فرنسا.
- جراح سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراش - المغرب.

CABINET DE CONSULTATIONS ORTHOPÉDIQUES ET TRAUMATOLOGIQUES

Casablanca Le : _____

06 MAI 2022

LETTRE DE KINÉSITHÉRAPIE :

Mme JAMILA RAHMOUNE :

Renseignements cliniques :

Entorse modérée de la cheville droite chez une patiente de 69 ans, traitée orthopédiquement avec une immobilisation par une chevillière armée pdt 04 semaines associée à une médication symptomatique.

Prière de continuer la prise en charge thérapeutique de cette patiente avec une **kinésithérapie motrice de sa cheville droite** :

- Douce et progressive .
- Activo-passive .
- Assouplissement articulaire +++ (Degrés maximaux).
- Physiothérapie antalgique ++
- Renforcement musculaire (Triceps surale ++).
- Proprioception .

Nombre de séances : 12 séances .

Cordialement ..

المستعجلات : 06 61 56 53 00

778 - Boulevard El Qods - Résidence La Perle d'EL Qods - 3ème étage (avec ascenseur) - N° : 7

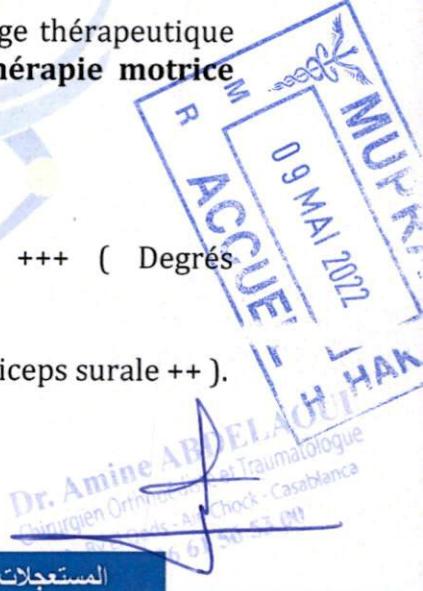
Lotissement Mandarona - Ain Chock - Casablanca

778 - شارع القدس - إقامة لايريل بيل القدس - الطابق الثالث (بالمصدع) - رقم : 7

حي منظرونا - عين الشق - الدار البيضاء

Tél : 05 22 21 61 41 - E-mail : amine.abdelaoui@gmail.com

الهاتف : 05 22 21 61 41 - البريد الإلكتروني : amine.abdelaoui@gmail.com



~~DEVIS~~

Date : 06/05/2022

DEVIS N° : 2022 / 0016

MEDECIN TRAITANT : DR AMINE ABDELAOUI

Nom du patient

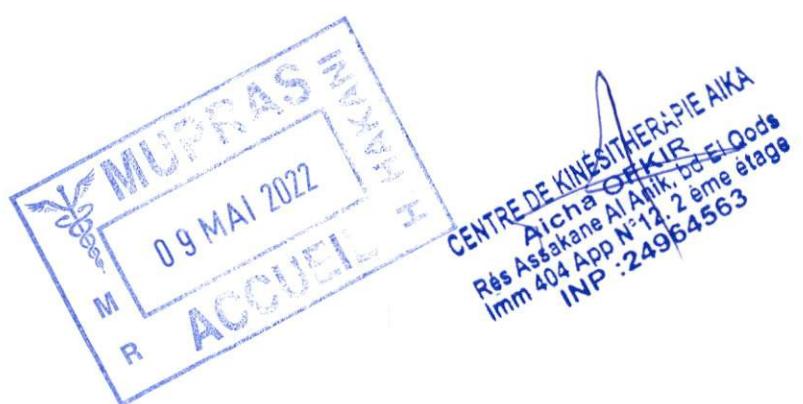
JAMILA RAHMOUNE

Désignation	Nombre de séance	Prix/Séance	Total
AMMG+IR	12	100,00	1200,00

Total : 1 200,00 DH

Arrêtée le présent Devis à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DH ..



CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE AIKA
Aicha OUKIR
Rés Assakane Al Anik, bd El Oods
Imm 404 App N°12, 2 ème étage
INP : 24964563

FACTURE

Date : 13/06/2022

FACTURE N° : 69

MEDECIN TRAITANT : DR ABDELAOUI AMINE

Mode de paiement : TPE

Nom du patient

RAHMOUNE JAMILA

Désignation	Nombre de séance	Dates des séance	Prix/Séance	Total
AMMG+IR	12	09/05/2022	100,00	1200,00
		11/05/2022		
		16/05/2022		
		19/05/2022		
		23/05/2022		
		25/05/2022		
		27/05/2022		
		01/06/2022		
		03/06/2022		
		07/06/2022		
		10/06/2022		
		13/06/2022		

N° Dossier: 114421 

N° Dossier externe: ACC-01488-09/05/2022

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: RAHMOUNE JAMILA

Situation: En attente

Sous-situation: Accord Préalable

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 POU 12 SENSES DE REEDUCATION CHEVILLE.
10-05-2022	Manuel	C+C
10-05-2022	Manuel	DOSSIER DEJA VU ET VALIDE . OK