

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.

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

N° P19- 0043517

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01663 Société : RAM

Actif

Pensionnaire

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

165977

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : 04/07/23

Le : 04/07/23

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

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	
SEDKAN K INPE 845044976	27/08/23 INPE	15				1514400,50 250,00 HT deux mill deux cent cinqante milles

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VIGA ET SAGUET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISAGE DE SACHEUR DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXÉCUTION

Mohamed SEDKANE

Kinésithérapie - Physiothérapie
Gymnastique Médicale
Massages Médicaux

175, Bd. d'Alase Casablanca
Téléph : 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09



محمد صدقان

الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبيعي

175. شارع أرأس الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 26 64 38 / 05 22 27 86 09

Cpte. Bancaire N° 013780010810010130013448
BMCI Agence Rahal El Meskini Casa

Casablanca, le 07/08/2013 الدار البيضاء، في

FACTURE N° 0006384

Nom et Prénom RANI MOHAMED

la Somme de 2250,00 DT (Deux mille deux cent cinquante Dirhams) 150 DT + 15

pour 15 (quinze) Séances de Rééducation

fonctionnelle + physiothérapie du membre inférieur

Signature
Tél: 05 22 27 86 09 - 05 22 26 64 38
N° inscription N° 0085 du 20/06/81
N° dossier N° 0085 du 20/06/81
SEDKANE Mohamed

N° Dossier: 165977

N° Dossier externe: ACC-01663-21062023

Type de dossier: REEDUCATION

Bénéficiaire: RAMI MOHAMMED

Situation: Notifié

Sous-situation: ---

Date de début: 21-06-2023

Date de fin: 21-06-2023

Date de saisie: 21-06-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date	Commentaire
28-06-2023	ACCORD 15 SEANCES DE REEDUCATION

Docteur ABDELAZIZ LAQBAQBI
Doctorat d'état français en médecine
Ancien interne de régions sanitaires de Reims
Ancien assistant des hôpitaux
Ancien attaché au C.H.U de Reims
Chirurgien orthopédiste et traumatologue
Chirurgie de la main et du membre supérieur
Biologie et médecine du sport
Membre Titulaire du collège français
Des chirurgiens orthopédistes et traumatologues

M6 01663
Dr R. Rami M

Je soussigné, Docteur ABDELAZIZ LAQBAQBI, certifie que l'état de
santé de M. Rami M nécessite 20 séances de rééducation du membre

Nécessite 20 Séances de rééducation du membre
inférieur, 4 fois par semaine.

Motif : Syndrome rotulien douloureux.

Recommandations particulières :

- Diminuer les phénomènes douloureux ; stabiliser la rotule en développant le quadriceps ; soulager l'appareil extenseur en renforçant les ischio-jambiers.
- Renforcement statique du quadriceps dans une course indolore entre 0° et 30° de flexion.
- Renforcement dynamique des ischio-jambiers entre 0° et 60° de flexion.

Casablanca, le 25/06/02



Mohamed SEDKANE

Kinésithérapeute D.E.

175, Bd. d'Alsace - Tél.: 05 22 27 86 09 / 05 22 26 64 38 - Casablanca

CARTE DE SEANCES

- Patient : R A ni MOHAMED
- A.T / A.S / Autres :
- Assurances : ANPRA R&B Police :
- Nombre de Séances : 15 séances

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
4/7/23		28/7/23					
6/7/23		31/7/23					
10/7/23		21/7/23					
12/7/23		17/7/23					
14/7/23		18/7/23					
17/7/23		21/7/23					
18/7/23		22/7/23					
20/7/23							
24/7/23							
26/7/23							

*En cas d'indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs, Merci*