

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M23-0025970

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KETANI SIDI MAMDI A84083

Date de naissance : 19.04.1950

Adresse : 98 RUE MIMOUA APPT 23 MAM ARRABAO

Tél. : 0211220765 Total des frais engagés : 5500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MONCEF BENSAIDA
Chirurgien Orthopédiste
Tél. : 06 64 73 17 11
MPE : 161273800

Date de consultation : 21.05.2023

Nom et prénom du malade : TANIA BENSAIDA Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Douloureux (PTG)

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

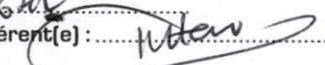
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : TANGA

Le : 21/11/2023

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
21/09/13		es	€ 0,00	

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
 DR. BADER <i>Dr. BAKER</i> MISSISSA BAKHALEK Hypothérapiste 10 Rue Zellaka N°5 Etg. 3 Appt. 12 107589 - TAZ 001542000000079 Tel: 05 39 32 33 86 - TANGER Inpe : 015036379	01 23	0.8x10. AMM ₁₀ Facture Reeducation	2400 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>Dr. A. M. S. A. B. O. S. P. S. P. C. C. M. E.</i>	05/10/2013					2100,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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.

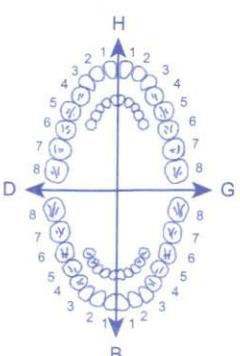
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

WADSWORTH	
H	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

Groupe CIM Santé - Casablanca

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL
DE CASABLANCA
DU GROUPE CIM HOLDING

ANGLE BD BIR ANZARANE ET
ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE
BEN JILALI, QUARTIER MAARIF
CASABLANCA

TÉL.: 05 22 05 40 40
FAX : 05 22 05 40 41
ICE : 002924279000042

ANESTHESIE - REANIMATION
CARDIOLOGIE GENERALE
ET INTERVENTIONNELLE
CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
RHUMATOLOGIE
CHIRURGIE THORACIQUE
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
& TRAUMATOLOGIQUE
ADULTE ET PEDIATRIQUE
NEUROLOGIE
NEURO-CHIRURGIE
CHIRURGIE
MAXILLO-CERVICO-FACIALE
CHIRURGIE PLASTIQUE
& ESTHÉTIQUE
CHIRURGIE UROLOGIQUE
NEPHROLOGIE
CHIRURGIE VISCERALE
CHIRURGIE PEDIATRIQUE
CHIRURGIE OPHTALMOLOGIQUE
DERMATOLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
HÉMATOLOGIE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ONCOLOGIE
PEDIATRIE & REANIMATION
NEONATALE
PNEUMOLOGIE
RADIOLOGIE
SERVICE RADIOLOGIE
SERVICE CONSULTATIONS
SERVICE PRISE EN CHARGE
SERVICE FACTURATION

Casablanca, le : 21/09/23

Y EL Kettani Sidi Hamid

15 Slance de
Réducotr

1dine' le genou
(PTG)

2 à 3 fois Par Slance

RENCEF BENSAIDA
Médecin Orthopédiste
Tél: 06 64 75 47 11
INPE 161273800

CONTACT.HPIC@CIMSANTE.COM

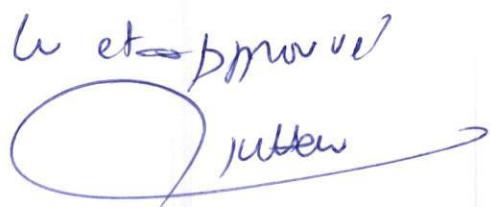
DEMANDE DE DEROGATION

Code : PM2FR01
Version : 01
Date : 15/06/2022

Je soussigné(e), Nom : <u>EL KETTANI</u> Prénom : <u>Sidi HAMID</u> Matricule : <u>1407</u> Numéro de feuille de soins :	أنا الموقّع (أسيفله)، الاسم العائلي: _____ الاسم الشخصي: _____ رقم التسجيل: _____ رقم ورقة التعويض عن المرض: _____
Motif dérogation : <u>omission de demande d'ENTENTE PRÉALABLE POUR la demande de naîtra EL KETTANI</u>	سبب الطلب: _____
<p>Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ARTICLE 23.1 (accord préalable) L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale : • Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ; • Les séjours en maison de repos ; • Les interventions chirurgicales ; • Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ; • L'orthopédie ; • La rééducation ; • Les cures thermales ; • La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ; • La procréation ; • Les lentilles optiques ; • Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ; • Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ; • Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affectation Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical. ARTICLE 25 (feuille de soins maladie) Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée. 	<p>أقر بأنني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة</p> <p>المادة 23.1 (طلب الموافقة قبلية) من الواجب على المخاطط طلب الموافقة قبلية بموجب وصف طبي في الحالات التالية: الاستشفاء في المغرب أو خارج المغرب في العيادة، المستشفى أو المراقبة الصحية الاستشفاء في المنزل لتدخلات العلاجية تركيب وتقديم الأسنان للفكين طب العظام الترويض الطبي العلاج الحراري. علم أمراض النطق والأمراض النفسية. الإنجاب العدسات البصرية. رعاية المعاquin جسدياً وعقلياً. التدخلات الطبية المتسلسلة بمعنى المتكررة في عدة حصص التي تشمل تدخل أو أكثر في إطار وقت محدد. أمراض الأورام، أمراض الدم، الصيدلة والأمراض المزمنة التناصدية تتولى تسديد التكاليف التي تكبدتها في هذه الحالات بعد موافقة الرقابة الطبية</p> <p>المادة 25 (ورقة التعويض عن المرض) تم تحديد صلاحيتها 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تعويض</p>

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : 17/10/2023 في التاريخ
A : TANGER في
Signature (lu et approuvé*) الترقيع



MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 09-08 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق
بمعاملة البيانات الشخصية.

*La mention **lu et approuvé** est obligatoire pour l'étude du dossier



HAMZA BOOUOUD

SPORT PHYSICAL THERAPIST &
HUMAN PERFORMANCE

Calendrier des séances

EL KETTANI SIDI HAMID

Le05/10/2023

07 Séances de rééducation dans les dates suivantes :

22/09/2023	04/10/2023
25/09/2023	05/10/2023
26/09/2023	
30/09/2023	
02/10/2023	

signature

Hamza Bououd
Osteopathy & Physical Therapy
Sport Performance Center
Tél: 0777343791

1^{ER} ETAGE , IMMEUBLE 97,RUE NORMANDIE-MAARIF - Casablanca

RC: Casablanca 447172 IF: 50307271

ICE: 002851405000092

Tel :0688676741 Email ; HAMZABOUOUDD@GMAIL.COM



HAMZA BOOUUD
SPORT PHYSICAL THERAPIST &
HUMAN PERFORMANCE

DATE : 05/10/2023

FACTURE : N°193/2023

Client: EL KETTANI SIDI HAMID

DESIGNATION	Nombre de séances	PU	Montant (HT)
Séances de rééducation	7	300,00	2100,00
Total HT			2 100,00
NET A PAYE			2 100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de Quatre cents Dirham

Cachet & signature :

Hamza Bououd
Osteopathy & Physical Therapy
Sport Performance Center
Tél : 07 77 34 37 91

1^{ER} ETAGE , IMMEUBLE 97,RUE NORMANDIE-MAARIF - Casablanca
RC: Casablanca 447172 IF: 50307271
ICE: 002851405000092
Tel :0688676741 Email ; HAMZABOUOUDD@GMAIL.COM

FACTURE: N°536/2023

MR EL KETTANI SIDI HAMID

Tanger, le :01-11-2023

Diagnostic	-PTG-
Nombre des Séance	-08- SÉANCES (3FOIS PAR /SEMAINE)
Prix Séance	-300- DH
Total Séance	-2400- DH

CALENDRIER DES SEANCES: 08

16-10-23	18-10-23	20-10-23	23-10-23
27-10-23	27-10-23	30-10-23	01-11-23

PHYSIO-BADER sarl au
 YASSIR BAKHALEK
 Kinésithérapeute
 Rés. Ennasr Rue Zellaka N°5 Etg 3 Appt 12
 RC: 107589 - ICE: 002542985000079
 Tél: 05 39 32 33 66 - TANGER
 Inpe : 015036379

ICE : 002542985000079 – RC : 233589 – Patent : 50451379 – CNSS : 4231114 – IF : 15201458



0539 32 33 36



INFO@PHYSIOBADER.COM



N°12. 3ÈME ÉTAGE.
 RÉSIDENCE ENNASR,
 AVENUE ZELLAKA TANGER