

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

A 89844
 Autres

| | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | |
| Matricule : <u>12652</u> | Société : <u>RAO</u> | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |
| Nom & Prénom : <u>LADILYOUNES</u> | | |
| Date de naissance : <u>26/06/1988</u> | | |
| Adresse : <u>Ville 34 Résidence d'intérence 202</u> | | |
| Tél. : <u>0661 79 4727</u> Total des frais engagés : <u>2000,00</u> Dhs | | |

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

| | |
|---|---|
| Cadre réservé au Médecin | |
| Cachet du médecin : | |
| Date de consultation :/...../..... | |
| Nom et prénom du malade : Age: | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : | |
| Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : CASABLANCA Le 26/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien soigneur | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|--------|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| SARAH BOUZZA Kinésithérapeute Généraliste centre de kiné Dar Bouzza 28 Littoral II App. N° 1 Dar Bouzza , Casablanca | 131.12.12 | 100 | 200 | = 2000 | Dhs | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

ST ADHERENT

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Hind BENKIRANE

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Liège

Ancienne interne des Hôpitaux

de Paris et de Montpellier

DIU de Traumatologie du Sport de Paris

DIU de Podologie de Montpellier

- Echographie ostéo-articulaire et musculo-tendineuse

- Thérapie par onde de choc

- Thérapie par PRP

- Electroneuromyographie

الدكتورة هند بنكيران

اختصاصية في الطب الفيزيائي

و التأهيل الوظيفي

خريجة كلية الطب بلبيج

طبيبة داخلية سابقا بمستشفى مونبليي و باريس

دبلوم في الرضوخ الناتجة عن الرياضة بباريس

دبلوم في أمراض القدم بمونبليي

- فحص بالصدى للمفاصل والعضلات

- التداوي بالدم

- التخطيط الكهربائي

Casablanca, Le :

30/08/2023

M^{me} Lemdi. P.M.

Dattia

10 séances de Rééducation
pour contre-courbure orthopédique
et rappel.

- 70%age de contre-courbure de ce

à l'heure

= physio orthopédique (as + ET)
Dr. BENKIRANE Hind

Spécialiste en Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle

Tél.: 05 22 90 78 09

- IR

- Renforcement des spiraux et
isométrie - apport de drôle

102، شارع أم الريح، إقامة سلمى، الطابق السفلي قرب شركة رونو داسيا الحي الحسني - الدار البيضاء

102, Bd. Oued Oum Rabii, Rés. Salma RDC près de la Maison Renault Dacia Hay Hassani-Casablanca

Tél.: 0522 90 78 09 - E-mail : cabinet.hbenkirane@gmail.com



Centre de Kiné Dar Bouazza

Casablanca, le 13/12/2023

FACTURE N°258/2023

Pour Mme LEMDILK DOUNIA

10 séances de rééducation.

Prix unitaire : 200dhs

Prix total : 2000dhs

Signature et cachet :

Sara EC CHINE
Kinésithérapeute
Gérante centre de kiné dar bouazza
28 Littoral II Appr N°1 Dar Bouazza, Casablanca

28, Lotissement Littoral, Appt. N°1 - Dar Bouazza - Casablanca
Patente : 32967631 - RC : 324019 - IF : 15244912 - ICE : 001660215000029
Tél. : 05 22 29 07 83 - GSM : 06 61 24 60 69 - E-mail : kine1bouazza@gmail.com



مركز الترويض الطبيعي

Centre de Kiné Dar Bouazza

CALENDRIER DES SEANCES :

Séance 1 : 18/11/2023

Séance 2 : 20/11/2023

Séance 3 : 22/11/2023

Séance 4 : 27/11/2023

Séance 5 : 29/11/2023

Séance 6 : 01/12/2023

Séance 7 : 04/12/2023

Séance 8 : 06/12/2023

Séance 9 : 08/12/2023

Séance 10 : 13/12/2023

*Sara EC CHINE
Kinésithérapeute
Gérante centre de kiné dar bouazza
28 Littoral II Appt N°1 Dar Bouazza , Casablanca*