

Dr Abdelhafid MELIANI



الدكتور عبد الحفيظ ملياني

Ancien Assistant du C.H. de NANCY
Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation
Electromyographie
Urodynamique

إختصاصي في الطب الفيزيائي و الترويض
في أمراض الروماتيزم وأمراض العظام والعضلات
تخطيط الأعصاب والعضلات بالكهرباء
الطب الرياضي

Casablanca le,.....الدار البيضاء في

Domiciliation Bancaire :ATW Agence VICTOR HUGO

N°Compte 007 780 000 03658 000 300 118-09

IF: 40444155 ICE: 001823189000039 N° de patente : 334450632

NOTE D'HONORAIRES 002/2023

MUPRAS

Veuillez trouver ci-dessus la note d'honoraires pour soins

dispensés à votre agent Mr : RESSOUANY Hassan

Matricule : 0002247_1958-03-18_HASSAN

Bénéficiaire : ALLAM IDRISSE Amina

N°4013

COTATION ACTES : 12 AMM 12

Montant à payer par la MUPRAS..... 1 620.00DHS

Montant à payer par l'agent.....180.00DHS

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de :

Mille Six Cent vingt Dirhams



28 -Bis, Bd Moulay Idriss 1er (en face Régie des tabacs) - Casablanca - الدار البيضاء (أمام شركة التبغ) - 28, شارع مولاي إدريس الأول

Tél. : 05 22 80 60 60 - GSM : 06 13 33 31 31

Annexe : Wissam II, Rue Caid Ahmed, RDC - Casablanca

Email : dr.hafidmeliani@gmail.com - Web : www.reeducation-maroc.com

Le 7 juin 2023

DR. MELIANI ABDELHAFID
28 BD MLY IDRISSE 1ER
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0002247_1958-03-18_HASSAN
N/REF : 20231580022220
Adhérent : RESSOUANY HASSAN

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de AMINA ALLAM IDRISSE.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 1620.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 180.00 MAD

Validité de prise en charge : du 07-06-2023 au 07-09-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à AMINA ALLAM IDRISSE.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



- Maladies des os, articulations et de la colonne vertébrale
- Ostéoporose
- Podologie
- Échographie Ostéo - articulaire
- Rhumatologie interventionnelle
- Biothérapie

- أمراض العظام والمفاصل و العضلات
- أمراض العمود الفقري
- هشاشة العظام
- أمراض الأرجل
- الفحص بالصدى للمفاصل والعضلات
- العلاج بالأدوية البيولوجية

Casablanca, le 24 mai 2023

Nom : Mme ALLAM IDRISSE Amina

Rééducation pour lombalgie à raison de 12 séances (2 par semaine)

- physiothérapie antalgique
- renforcement isométrique des spinaux
- étirement des ischio- jambiers.
- apprentissage auto reeducation

Dr. FAIK' Afaf
Rhumatologue
Angle. Bd Ibn Tachfine Et Ibn Adraa
Mourakouchi, R. FZ 2 App 11
Casablanca - Tél : 05 22 60 60 26
INPE: 091184432

زاوية شارع ابن تاشفين و شارع ابن العدراء المراكشي إقامة فاطمة الزهراء 2 الشقة 11 - الدار البيضاء
Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Adraa Mourakouchi, résidence
Fatima zahra 2, app 11 audessu "BMCE et Marjane Market". Casablanca

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

- 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.

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


M22- N° 0028186

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2247 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : RESSOUANY HASSAN
 Date de naissance : 18/03/1958
 Adresse : Résidence RIAJ me DBN KHARANE MARI
 SULTAN SUD CASABLANCA
 Tél. : 0663607226 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 24/05/2023
 Nom et prénom du malade : ALAH Idrissi Amine Age : 55 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : lombalgie chronique
 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 : CASABLANCA Le : 24/05/2023
 Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22- N° 028186


Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2247
 Nom de l'adhérent(e) : RESSOUANY HASSAN
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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
24/07/23	€		6	

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	

VOLET ADHERENT

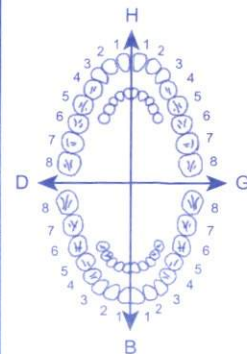
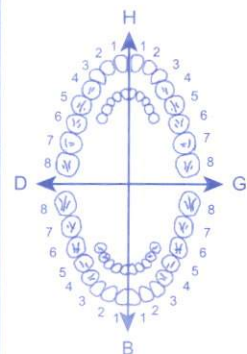
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			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"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION