

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 002175

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1933 Société : RAM ASS658

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MAZYANI MUSTAPHA

Date de naissance : 19/04/52

Adresse : LOT FAH 2 n° 21 Rd Naam

Tél. : 06 61 106 716

Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/03/2023

Nom et prénom du malade : SKALI Lami Raja Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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 10/06/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

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

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
20/03/23	G			

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

KINELIFE
Dr. AGAJA: Kinésithérapeute
 Lot Salama 2-Rue 15-Mogasin N°13
 Sidi Maârouf Casablanca
 Tél: 052270344 - 0689911792

Du 09/05/23
 A.U.
 10 AM
 200 x 10
 = 2000 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

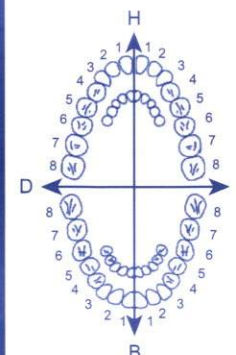
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaies, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

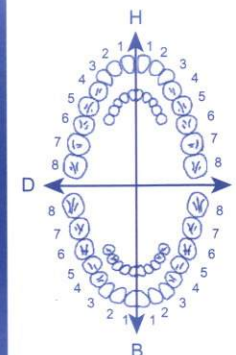
(Création, remont, adjonction)
 Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS








DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° Dossier: 155658 
N° Dossier externe: ACC-01933-03/04/2023
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: SCALLI RAJAA
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 03-04-2023 
Date de fin: 
Date de saisie: 03-04-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Commentaires existants [↓]

Date	Type	Commentaire
03-04-2023	Manuel	OK PEC 10 SEANCES KINÉ



Cabinet de Rhumatologie
Dr Boutayna EL AZIFI

Casablanca, le :21/03/2023

Patient: Mme SKALI LAMI Raja

Fracture base 5eme MTT cheville droite

- Physiothérapie antalgique (ultrasons, électrothérapie)
- Renforcement musculaire
- Proprioception
- Mobilité articulaire

10 séances (deux fois par semaine)

KINELIFE
Sofia AGAJA: Kinésithérapeute
Lot Salama 2-Rue 15-Magasin N 13
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522780344 - GSM: 0689911782

الدكتورة بنتيجة العزيفي
Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 26 22 58 18 56/06 92 72 44 63

Casablanca le : 01/06/2023

Facture N°0192023

Nom et prénom du patient : SKALI LAMI Raja
Nom du médecin traitant : Dr Boutayna EL AZIFI
Diagnostic : Fracture 5 ème MTT cheville droite
Nombre de séances prescrites : 10 Séances
Nombre de séances réalisées : 10 Séances
Montant des séances : 2000 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS

Signé :

KINELIFE
Sonia AGAJA : Kinésithérapeute
Lot Salama 2 Rue 15 Magasin N 13
Sidi Maarouf Casablanca
Tél 0522780344 - GSM 0689911782

 Lot Salama 2 Rue 15 Magasin N 13
Sidi Maarouf

 0522780344 / 0689911782

 kinelife.centre@gmail.com

Patente : 36191757

IF : 20728474

CNSS : 5325841

ICE : 001859630000003

CALENDRIER DE LA FACTURE

Nom et prénom du patient : SKALI LAMI Raja
Nombre de séances : 10 séances

DATES	N. de séances réalisées	Honoraire en DH
09/05/2023	1	200
11/05/2023	1	200
16/05/2023	1	200
18/05/2023	1	200
23/05/2023	1	200
25/05/2023	1	200
26/05/2023	1	200
29/05/2023	1	200
30/05/2023	1	200
01/06/2023	1	200
TOTAL	10	2000

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS

Signé :

KINELIFE
Sofia AGAJA: Kinésithérapeute
Lot Salama 2-Rue 15-Magasin N 13
Sidi Maarouf Casablanca
Tél 0522780344 - GSM 0689911782

 Lot Salama 2 Rue 15 Magasin N 13
Sidi Maarouf

 0522780344 / 0689911782

 kinelife.centre@gmail.com

Patente : 36191757

IF : 20728474

CNSS : 5325841

ICE : 001859630000003