

# 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.

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- № 002175

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1933

Matricule : ..... Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MAZYANI MUSTAPHA

Date de naissance : 19/04/52

Adresse : LOT FATH 2 N° 21 6<sup>e</sup> étage

Tél. : 06 61 106 716 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 JUIN 2023

Nom et prénom du malade : SKALI Lamine Reje Age :

Lien de parenté : Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection d'humétopathique

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

Signature de l'adhérent(e) :

Authorisation CNPD Nº : A-A215 / 2019



M 02 JUIN 2023

R ACCUEIL

Le 106 1 23

F MUPRAS ANE

## 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
20/03/23	G			<i>(Handwritten signatures and notes over the table)</i>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

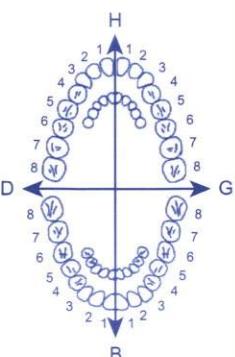
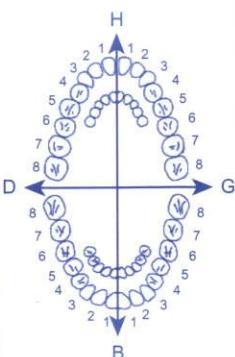
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<i>KINELIFE SIDI AGAJA: Kingantreapeute Lot Salama 2 Rue 15 Maqasim N° 13 Sidi Mtarif Casablanca Tél: 0522780344 - GSM: 0555911782</i>	09/03/23 AU	10 AMG				200 x 10 = 2000
	09/03/23 AU					

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX								
												
												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>								
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>H</b></td> <td style="width: 50%;"><b>21433552</b></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				<b>H</b>	<b>21433552</b>	25533412	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>H</b>
<b>H</b>	<b>21433552</b>											
25533412	00000000											
00000000	00000000											
35533411	11433553											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>D</b></td> <td style="width: 50%;"><b>G</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>				<b>D</b>	<b>G</b>	00000000	00000000	<b>D</b>				
<b>D</b>	<b>G</b>											
00000000	00000000											
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>B</b></td> <td style="width: 50%;"><b>B</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>				<b>B</b>	<b>B</b>	00000000	00000000	<b>B</b>				
<b>B</b>	<b>B</b>											
00000000	00000000											
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>												
				CCEFFICIENT 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 Maârouf Casablanca  
Tél. 0522780344 - GSM 0689911782

دكتور بوطينة العزيز  
Dr Boutayna EL AZIFI  
RHEUMATOLOGY CLINIC  
Sidi Maârouf - Casablanca  
Tel. 06 22 53 19 66 / 06 22 54 56



**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 :**

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

## 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
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>2000</b>

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

Signé :



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