

# 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.

M23-001996

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3511

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NAKHAMA BENNANI Sadiq

Date de naissance :

9/12/1949

Adresse :

176 R AZUR TAMARIS Casa

Tél. : 06 39 03 1537

Total des frais engagés : 1800 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/11/2023

Nom et prénom du malade : TAKAFI FATIMA Age : 59 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Cervicalarthrose

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 : Casa

Le : 6/6/2023

Signature de l'adhérent(e) : J.B



## 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	
<i>Centre de Kinésithérapie et de Réadaptation L'Orée de Kiné - 10 rue de l'Orée de Kiné - 75075 Paris Tél : 01 45 65 75 75 - Fax : 01 45 65 75 50 ICPE : 0028479173009450</i>	27/05/28					1800 dh

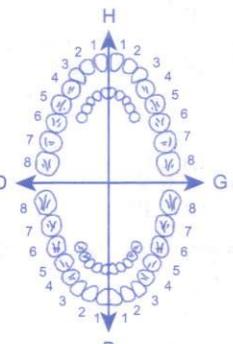
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCOEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DEBUT D'EXECUTION  FIN D'EXECUTION  CCOEFFICIENT DES TRAVAUX  MONTANTS DES SOINS  DATE DU DEVIS  DATE DE L'EXECUTION

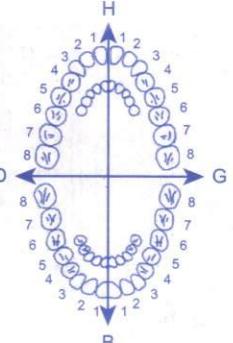
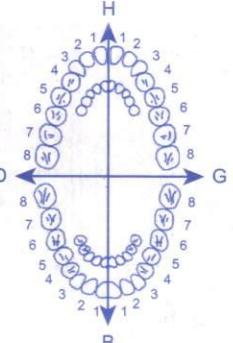


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
G	35533411	

(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



الدكتور عبد الحق مودن

Docteur Abdelhak Mouden



spécialiste en :

Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie

شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954857000053 - INP 091113860

A<sup>m</sup> Takafi Fatihs 10-04-23

avis carrière

18 ans → fin

O. physio ortho

② - Nasge démant

③ - Etint + Rinf

④ - Prop of

Dr. Abdelhak MOUDEN  
Médecin Physique - Ostéopathe  
119, Bd de Bourgogne, Résidence Phénicia  
Tél. : 05 22 29 76 97 - 05 22 29 85 61  
Fax : 05 22 29 76 97 - 05 22 29 85 61



**Facture 0523/0018**

**Patient(e) : TAKAFI Fatiha.**

**Médecin traitant : Dr. Abdelhak Mouden.**

**Diagnostic : Cervicarthrose.**

**Traitemet : 12 séances de rééducation.**

**Honoraires: 1800DHs.**

*Centre de Kinésithérapie et de Bien-être  
Lot 6 Littoral 1 N°53, Dar Bouazza  
Tél : 06 18 66 77 02  
ICE : 0028479779000056*

**Fait à Casablanca, le 27 / 05 / 2023**



+212 808 506 319  
+212 666 906 468



mbhcentre@gmail.com



Lot Littoral 1, N°53,  
Dar Bouazza - Casablanca

MBH CENTRE SARL au capital de 100 000 Dhs  
RC : 540815 / PATENTE : 32965708 / IF : 50320483 / CNSS : 4146809 / ICE : 002847979000056

Nom Prénom : Tahafit Fatima.



Diagnostic : Cervicarthrose

Date : 27/05/2023.

Code Type : 065048571

### Calendrier de Séances:

Point de Séance : 15 séances

Nombre de séances : 12

- Date de début : 12-04-2023 (1)  
14-04-2023 (2)  
19-04-2023 (3)  
25-04-2023 (4)  
28-04-2023 (5)  
03-05-2023 (6)  
08-05-2023 (7)  
12-05-2023 (8)  
16-05-2023 (9)  
23-05-2023 (10)  
25-05-2023 (11)  
27-05-2023 (12)

Date de fin :

Harith Jihane  
Centre de Kinésithérapie et de Bien-être  
Lots littoral 1 N°53 - Dar Bouazza  
Tél : 06 15 66 76 02  
ICE : 0028479779000056

Signature du patient :

Harith Jihane  
Centre de Kinésithérapie et de Bien-être  
Lots littoral 1 N°53 - Dar Bouazza  
Tél : 06 15 66 76 02  
ICE : 0028479779000056



+212 808 506 319  
+212 666 906 468



mbhcentre@gmail.com



Lot Littoral 1, N°53,  
Dar Bouazza - Casablanca

MBH CENTRE SARL au capital de 100 000 Dhs

RC : 540815 / PATENTE : 32965708 / IF : 50320483 / CNSS : 4146809 / ICE : 0028479779000056

Nº	Date	
11	15-05-2023	15L <sup>+</sup>
12	27-05-2023	15L <sup>+</sup>
13		
14		
15		

<i>Nº</i>	<i>Date</i>
<b>16</b>	
<b>17</b>	
<b>18</b>	
<b>19</b>	
<b>20</b>	

## Cabinet

# de Kinésthérapie et Physiothérapie

## HEALTH & THERAPY

M.: Tak fij. Fatihka

Tel : 0666 906 468 0666 852 424

*Prévenir 24 h à l'avance en cas d'annulation*

L	M	M	J	V	S
---	---	---	---	---	---

 à : Marilé Gihane  
 Centre de Kinésithérapie  
 Lots historial 1111531001 Bouazza  
 Tel : 06 15 66 16 02  
 ICE : 0028479779000056

Validable du ----- au -----

N°	Date		N°	Date	
✓ 1	12-04-2023	15h <sup>00</sup>	✓ 6	03-05-2023	15h <sup>00</sup>
✓ 2	14-04-2023	15h <sup>00</sup>	✓ 7	08-05-2023	15h <sup>00</sup>
✓ 3	19-04-2023	15h <sup>00</sup>	✓ 8	10-05-2023	15h <sup>00</sup>
✓ 4	25-04-2023	15h <sup>00</sup>	✓ 9	16-05-2023	15h <sup>00</sup>
✓ 5	28-04-2023	15h <sup>00</sup>	✓ 10	23-05-2023	15h <sup>00</sup>