

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- 0046775

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5123 Société : ND 165999
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FATHEDDINE Chama
 Date de naissance : 1946
 Adresse : Tareboud
 Tél : 06.62.49.7026 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Boulayna EL AZFI
 Date de consultation : 26/04/2023
 Nom et prénom du malade : Fatheddine Chama Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Lombalgie
 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 : Le :
 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
26/04/23	CT		G	Docteur SOUBRY RHUMATOLOGUE Sidi Maarouf - Casablanca Tél: 06 22 58 19 50 / 02 42 34 52

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

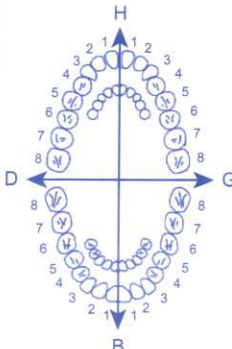
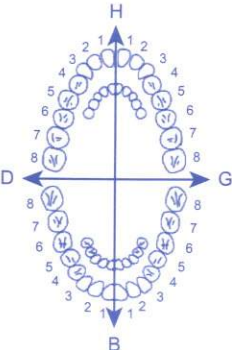
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
EL MOKRIE EL IDRISSI IMANE KINESITHEPEUTE Riad Sofia Entrée N° 1 Ann. 3 Appt. 1 - Casablanca Tél.: 0522 65 58 07 / 06 22 64 53 31 Rc: 329 519 - Patente: 36091780 ICE: 001670995000066	2023					1500 D.H.

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
	<table> <tr><td colspan="2">H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">B</td><td></td></tr> </table>				H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Je soussigné(e),	أنا الموقع (ة) أسفله،
Nom : FATHEDDINE	الاسم العائلي:
Prénom : Chomra	الاسم الشخصي:
Matricule : 5123	رقم التسجيل:
Numéro de feuille de soins :	رقم ورقة التعويض عن المرض:
Motif dérogation : Je ne savais pas la procédure d'avoir l'accord pour les soins Kiné / Toujours PEC	سبب الطلب:
Je déclare être informé des dispositions du Règlement Intérieur : • ARTICLE 23.1 (accord préalable) L'accord préalable de la MUPRAS est demandé pour les cas suivants sous prescription médicale : • Les hospitalisations au Maroc ou à l'étranger en clinique, en hôpital, en sanatorium ou préventorium ; • Les séjours en maison de repos ; • Les interventions chirurgicales ; • Les prothèses dentaires et orthodontie maxillo-faciale ; • L'orthopédie ; • La rééducation ; • Les cures thermales ; • La psychiatrie, psychomotricité et orthophonie ; • La procréation ; • Les lentilles optiques ; • Les soins accordés aux handicapés physiques ou mentaux ; • Les actes effectués en série. Il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs actes échelonnés dans le temps ; • Les actes d'oncologie, Hématologie, chimiothérapie et la pharmacie pour les ALD et ALC (Affection Longue Durée et chronique). La MUPRAS prendra en charge et remboursera les frais occasionnés par ces cas après accord du contrôle médical. • ARTICLE 25 (feuille de soins maladie) Sa validité est fixée à 3 mois, passé ce délai, aucune indemnité ne peut être accordée.	أقر بأنني على علم بأحكام النظام الداخلي وخاصة المادة 23.1. (طلب الموافقة القبلية) من الواجب على المتضرر طلب الموافقة القبلية بموجب وصف طبي في الحالات التالية: الاستشفاء في المغرب أو خارج المغرب في العيادة، المستشفى أو المرافق الصحية الاستشفاء في المنزل لتدخلات الجراحية تركيب وتقويم الأسنان للفكين طب العظام الترويض الطبي العلاج الحراري علم أمراض النطق والأمراض النفسية. الإنجاب العدسات البصرية. رعاية المعاقين جسدياً وعقلياً. التدخلات الطبية المتسلسلة بمعنى المتكررة في عدة حصص التي تشمل تدخل أو أكثر في إطار وقت محدد. أمراض الأورام، أمراض الدم، الصبغة والأمراض المزمنة التعاضدية تتولى تسديد التكاليف التي تكبدتها في هذه الحالات بعد موافقة الرقابة الطبية المادة 25 (ورقة التعويض عن المرض) يتم تحديد صلاحيتها ب 3 أشهر، وبعد هذه الفترة، لا يمكن منح أي تعويض

- Les dérogations sont à titre exceptionnel et ne peuvent être demandées qu'une seule fois par adhérent et ayant droit.
- La dérogation ne sera prise en charge que si la date du dossier RFM ne dépasse pas 6 mois de ladite demande.

Le : **21/06/2023** في التاريخ
A : **21/06/2023** في
Signature (lu et approuvé*) التوقيع

MUPRAS DEPLOIE SES AILES POUR VOUS PROTEGER

Les traitements des données individuelles sont conformes à la loi 09-08 Relatives à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel. معالجة البيانات الفردية تتوافق مع القانون 08-09 فيما يتعلق بحماية الأفراد فيما يتعلق بمعالجة البيانات الشخصية.

***La mention lu et approuvé est obligatoire pour l'étude du dossier**



Kinésithérapeute Imane El Mokrie El Idrissi

CASABLANCA 08-06-2023

FACTURE N°:2023103

NOM: FATHEDDINE

PRENOM: CHAMA

DIAGNOSTIC: Lombalgie mécanique

NOMBRE DE SEANCES: 10

PRIX DE LA SEANCE: 150 DH

COTATION:AMM9

PRIX DES SEANCES 1500 DH

Arrêter le présent facture à la somme de 1500 DH

EL MOKRIE EL IDRISSE IMANE
KINÉSITHÉRAPEUTE
Signature
Riad Sofia Entrée N° 3 Imm 3 Appt. 1 - Casablanca
Tél.: 0522 65 58 07 / 06 22 64 53 31
Rc: 329309 - Patente: 36091781
ICE: 001670995000066

IMANE-THERAPIE - RIAD SOFIA GROUP 3 IMM 1 ENTREE 1 APT 1 RDC LISSASFA HAY HASSANI CASABLANCA
CAPITAL DE: 100000.00DHS -RC: 329309 -IF :15255924 ICE: 001670995000066 TP: 36091781 Cnss: 4515899
Tél: 0522-655-807 GSM: 0622-645-331 E-mail: imaneelmokrieelidrisi@gmail.com



Cabinet de Rhumatologie
Dr Boutayna EL AZIFI

Casablanca le:26/04/2023

Patient : Mme FATHEDDINE CHAMA

Lombalgie mécanique

- **Physiothérapie antalgique (ultrasons, électrothérapie)**
- **Massage profond décontracturant des muscles para vertébraux**
- **Renforcement musculaire des paravertébraux lombaire et de la ceinture abdominale.**
- **Assouplissement de la chaîne musculaire postérieure.**

10 séances (2 fois par semaine)

EL MOKRIE EL IDRISSI IMANE
KINÉSITHÉRAPEUTE
Riad Sofia Entrée N° 1 Inim 3 Appt. 1 - Casablanca
Tél.: 0522 65 58 07 / 06 22 64 53 31
Rc : 329399 - Patente : 36091781
ICE : 001670995000066

Docteur Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél.: 06 22 68 19 50 / 06 02 42 34 52



CARNET DE RENDEZ-VOUS



IMANE-THERAPIE
kinésithérapie

Imane EL MOKRIE EL IDRISI
05 22 65 58 07

Instagram
@imane.therapie

Facebook
imane-therapie

Jour

Date

Heure

2023

1	mardi	09 / 05	à 15 h 30	<input checked="" type="checkbox"/>
2	vendredi	12 / 05	à 15 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
3	mardi	16 / 05	à 15 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
4	jeudi	18 / 05	à 15 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
5	mardi	23 / 05	à 16 h 30	<input checked="" type="checkbox"/>
6	jeudi	16 / 05	à 16 h 30	<input checked="" type="checkbox"/>
7	mardi	30 / 05	à 16 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
8	jeudi	01 / 06	à 17 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
9	mardi	06 / 06	à 16 h 30	<input checked="" type="checkbox"/>
10	jeudi	08 / 06	à 16 h 30	<input checked="" type="checkbox"/>
11		/	à h	<input type="checkbox"/>
12		/	à h	<input type="checkbox"/>

Fatheddine Chamer

Jour

Date

Heure

13		/	à h	<input type="checkbox"/>
14		/	à h	<input type="checkbox"/>
15		/	à h	<input type="checkbox"/>
16		/	à h	<input type="checkbox"/>
17		/	à h	<input type="checkbox"/>
18		/	à h	<input type="checkbox"/>
19		/	à h	<input type="checkbox"/>
20		/	à h	<input type="checkbox"/>

EL MOKRIE EL IDRISSI IMANE
KINÉSITHÉRAPEUTE

Riad Sofia Entrée N° 11111. 3 Appt. 1 - Casablanca
 Tél.: 0522 65 58 07 / 06 22 64 53 31
 Rc: 329309 - Patente: 36091781
 ICE: 001670995000066