

## 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- 0021593

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7712 Société : MUPRAS / RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ABOUATSSA AMINA  
Date de naissance : 01/10/31/1961  
Adresse : 7 Rue ISHAK IBRAHIMINE APT-5  
Marrakech  
Tél. : Total des frais engagés : 4000,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/08/2023

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Lymphodénome

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 15/08/2023  
Signature de l'adhérent(e) : ABOUATSSA AMINA

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

### 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

15/06/2023

20 séances de Amms

400000  
(Séat 200000  
séances)

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

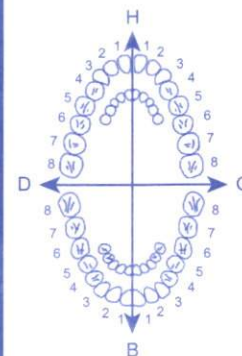
Le praticien est prié de préciser la dent traitée et le pratiqué en indiquant la nature des soins.

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



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

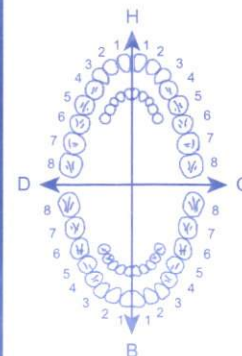
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 18/06/2023

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>                            |                                   |
| Matricule : 7712   | e-mail : amina.bonaisse@gmail.com |
| Nom et Prénom de l'adhérent : ABOUATISSA Amina             |                                   |
| Nom et Prénom du bénéficiaire : ABOUATISSA Amina           |                                   |
| <b>A REMPLIR PAR LE PRATICIEN</b>                          |                                   |
| Je soussigné :   |                                   |
| Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. :              |                                   |
| Nécessite : 20 jours de DLD                                |                                   |
| Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : |                                   |

|  |
|--|
| Une hospitalisation de (approximatif) :    |
| A (préciser l'établissement hospitalier) : |

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Lymphodénite NF

Cachet, date et signature du praticien

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

www

www



**Dr SELMA BENMOUSSA**

**Angiologue - Phlébologue**

Maladie des Artères, Veines et Lymphatiques

Explorations Vasculaires par EchoDoppler

Traitement des Varices par Sclérothérapie

**Diplômée en Angiologie**

**de la Faculté de médecine de Caen (France)**



**الدكتورة سلمى بنموسى**

عيادة تشخيص أمراض الشرايين و الأوردة

فحص الأوعية الدموية بالإكودبلر والصدى الملون

علاج الدوالي بالتصليب والحقن

**خريجة كلية الطب بكابن - فرنسا**

18/06/2023

Casablanca le : .....

Nom : .....

Mme ABOUAISSA Amina présente un lymphœdème du membre inférieur gauche.

Indication de 20 séances de drainage lymphatique manuel.

**Dr. SELMA BENMOUSSA**  
ANGIOLOGUE - PHLEBOLOGUE  
22 Bd. Yacoub El Mansour  
Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22  
Tél. : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA

**My Kiné**  
Prévention-Rééducation-Entretien  
85 Angle Bd. Yacoub Elmanssour  
et Rue Nassirédine 1 Etage  
Fixe : 0522 996 212

**22 Bd Yacoub El Mansour, Espace El Mansour, 2ème Etage Bureau 22, Casablanca**  
Tél : 05 22 23 58 83 - E-mail : drbenmoussa.angio@gmail.com

# Facture:

Prévention - Rééducation - Entretien

N° : 10612023 , Date : 17.08.2023

20 séances de Amins

pour : Drainage lymphatique Manual

Au prix de 400.000 ( soit 20000 / séance)

Adresser à : M<sup>r</sup> Aboucir, Amina

Durant la période du 18.07.2023 au 17.08.2023

Sur ordonnance du Dr : Benmoussa Selma

Signature:

MyKine  
Prévention - Rééducation - Entretien  
85 Yaacoub El Manssour 1er Etage  
Rue Nassim  
Tél: 0522 996 212

RC : 384365

Patente : 35892484

C.N.S.S : 8729339

IF : 24847240

ICE : 001939724000080

Adresse: 85 Yaacoub El Manssour 1er etage N°1

Tél: 0522 996 212

E-mail: contact@mykine.ma

N° Dossier: 168519   
N° Dossier externe: ACC-07712-17/07/2023  
Type de dossier: REEDUCATION   
Bénéficiaire: ABOUAISSA AMINA  
Situation: En attente   
Sous-situation: ---   
Date de début: 17-07-2023   
Date de fin: 17-07-2023   
Date de saisie: 17-07-2023  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

| Date       | Type   | Commentaire                                   |
|------------|--------|---|
| 17-07-2023 | Manuel | OK 20 séances de rééducation lymphatique OMIG |

**Prévention  
Rééducation  
Entretien**



**Centre de physiothérapie - kinésithérapie**

**Soin au cabinet et a domicile  
Sur rendez-vous**

✉ [contact@mykine.ma](mailto:contact@mykine.ma)

☎ 0522 996 212

📍 85 Intersection Yaacoub El Mansour  
et Socrate 1er étage N°1



Nom : Abouqina Prénom : Amina

| Jour     | Date  | Heure | Reglement |
|----------|-------|-------|-----------|
| Mardi    | 18/07 | 11h00 | 20000     |
| Mercredi | 19/07 | 11h00 | 20000     |
| Jeudi    | 20/07 | 11h00 | 20000     |
| Samedi   | 22/07 | 11h00 | 20000     |
| Vendredi | 24/07 | 11h00 | 20000     |
| Mardi    | 25/07 | 11h00 | 20000     |
| Mercredi | 26/07 | 11h00 | 20000     |
| Jeudi    | 27/07 | 11h00 | 20000     |
| Vendredi | 31/07 | 11h00 | 20000     |
| Mardi    | 01/08 | 11h00 | 20000     |
| Mercredi | 02/08 | 11h00 | 20000     |
| Jeudi    | 03/08 | 11h00 | 20000     |
| Samedi   | 05/08 | 11h00 | 20000     |
| Vendredi | 07/08 | 11h00 | 20000     |
| Mardi    | 08/08 | 11h00 | 20000     |
| Jeudi    | 10/08 | 11h00 | 20000     |
| Samedi   | 12/08 | 11h00 | 20000     |
| Mardi    | 15/08 | 11h00 | 20000     |
| Mercredi | 16/08 | 11h00 | 20000     |
| Jeudi    | 17/08 | 11h00 | 20000     |
|          |       |       |           |
|          |       |       |           |