

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7712 Société : MUPRAS / RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABDOUAT SSA ATTINA

Date de naissance : 01/10/31/1961

Adresse : 7 RUE ISHAK IBN HANINE APPT-5

Morjif casa

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:

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Lymphadénose

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 : 24 AOUT 2023

Signature de l'adhérent(e) : ABDOUAT SSA

24 AOUT 2023  
Le : 24 AOUT 2023

### 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 - 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
		AM	PC	IM	IV	
Prévention-Rééducation-Entretien 65 Angle Rue Racine-Simonssohn El Rue Hassiheddine 1 Etage Fixe : 0522 996 212 My Kiné	14/06/2023	20 séances	de Amons			Montant détaillé des Honoraires 100000. (Soit 20000 HT Séances)

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée à cette pratique 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	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

ODF PROTHESSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 18/06/2023

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 7712

e-mail : ammira.alouissa@gmail.com

Nom et Prénom de l'adhérent : BOUAISSA Amina

Nom et Prénom du bénéficiaire : BOUAISSA Amina

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite

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) :

Lyphoséderie RTG

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.

~~and~~

~~is~~ ~~in~~ ~~the~~ ~~the~~

# 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 والأوردة  
فحص الأوعية الدموية بالإيكو دبلر والصدى الملون  
علاج الدوالى بالتصليب والحقن



خريجة كلية الطب بكاين - 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, 2<sup>e</sup> étage, N° 22  
Tel. : 05 22 23 58 83 - CASABLANCA

My Kiné  
Prévention-Rééducation-Entretien  
85 Angle Bd. Yacoub Elmansour  
et Rue Nassiheddine 1<sup>e</sup> Etage  
Fixe : 0522 996 212

## Facture:

N°: 10.61.20.23 Date: 17.08.20.23

..... 20 ..... séances de ..... A.mms  
pour ..... Drainage lymphatique ..... Hamed

Au prix de ..... 400.000.000 (soit 200.000.-/ séance)

Adresser à ..... K. Abouaimr. Amina

Durant la période du ..... 18.07.20.23 au ..... 17.08.20.23

Sur ordonnance du Dr ..... Benmousa. Selma

Signature:

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

Entretien  
Rééducation  
Prévention



Centre de physiothérapie - kinésithérapie

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

✉ contact@mykine.ma

📞 0522 996 212

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

Nom: Ahmedina Prénom: Amna

Jour	Date	Heure	Réglement
Mardi	18/07/11h00	20000	
Mercredi	19/07/11h00	20000	
Jeudi	20/07/11h00	20000	
Samedi	22/07/11h00	20000	
Lundi	24/07/11h00	20000	
Mardi	25/07/11h00	20000	
Mercredi	26/07/11h00	20000	
Jeudi	27/07/11h00	20000	
Lundi	31/07/11h00	20000	
Mardi	01/08/11h00	20000	
Mercredi	02/08/11h00	20000	
Jeudi	03/08/11h00	20000	
Samedi	05/08/11h00	20000	
Lundi	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	

Préventrice : Angela  
85 Rue Nassir  
Fax: 0522 222 222