

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

Le 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 51256

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL KOUSSAIMI M'Hamed

Date de naissance :

13.08.1949

Adresse :

Habitation

Tél. : 0666807734

Total des frais engagés : 1920,00 Dhs Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 26/01/2024

## 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
22/01/2018	Consultation	5	10000	Dr Y. ABDELFETTAH Signature Régie Fonctionnelle INP: 071209803

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

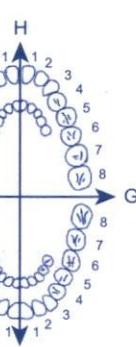
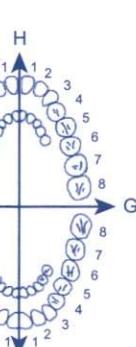
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Faris Madina Kinesitherapeute Bd. Quad Beht Rue 92 N° 23 - 26 Hay Oulifa Casablanca	24/10/2023	165	10			
Faris Madina Kinesitherapeute Bd. Quad Beht Rue 92 N° 23 - 26 Hay Oulifa Casablanca	21/10/2023					

## **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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D	25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B G
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

ORDONNANCE

21/11/23

Mr. EL KOUSSAIME M'Hamid

→ Biomarque jambe  
à 16 sems

→ Physiothérapie ambulatoire

→ Relâchement des tendons courts

→ Inj anticardiaques + Chacal

→ Inj morphine

→ Anti pyr ne

Faris Madhiha Kinesitherapeute  
Bd. Ouard Béchir Rue 9, N° 23 26  
Hay Oulfa Casablanca  
Tel : 0522 991017

Dr. HABDELETTAH  
Permanence : 09h00 - 13h00  
Téléphone : 0522 99803

+212 524 359 800  
+212 524 014 912

contact@hupm.ma  
www.hupm.ma



# Centre FARIS de Kinésithérapie

## مركز فاريس لالترافيين الطبي

Madiha Faris

M601236

Kinésithérapeute & Physiothérapeute

Casablanca le

21/2/2024

## Facture

Faris Madiha kinésithérapeute  
Bd. Oued Beht Rue 92 N° 23-26  
Hay Oulfa Casablanca  
Tel : 05 22 93 10 17

La somme de ..... W 165 x No 16 = 1020

Pour une série de ..... 16 Séances de ..... individual  
full body Box pour la partie droite, Physio Phys  
au rythme, une heure, en 15 minutes, au profit

Adressé (e) à

M<sup>E</sup> EL Knissaimi F<sup>M</sup> hamed

Période : Du

18/1/2024 Au 21/2/2024

Sur ordonnance du docteur

D<sup>E</sup> Y. Abdelfettah

Faris Madiha kinésithérapeute  
Bd. Oued Beht Rue 92 N° 23-26  
Hay Oulfa Casablanca  
Tel : 05 22 93 10 17

M. FARIS



Centre Enfant de Kinésithérapie

**Centre Faris de Kinésithérapie  
& Médecine des Ventouses**

**Bd Ouad Beht, Rue 92 N° 23-25 RDC**

**Hay Oulfa - Casablanca**

Tél : 05 22 93 10 17 - GSM : 06 68 45 35 02

Email : madifaris699@gmail.com

Tél : 05 22 93 10 17 - GSM : 06 68 45 35  
Email : madifariss699@gmail.com

## Carnet des Séances de Rééducation

Nom : EL KALLEL SAÏD

Prénom : M'HAMED

**N° Dossier :** \_\_\_\_\_

## **Diagnostic:**

**Nombre de Séance:** 10 Séances

4

Date	Horaire	Paiement
1)	Séance : 18 / 1 / 2024	
2)	Séance : 20 / 1 / 2024	
3)	Séance : 22 / 1 / 2024	
4)	Séance : 24 / 1 / 2024	
5)	Séance : 26 / 1 / 2024	
6)	Séance : 28 / 1 / 2024	
7)	Séance : 31 / 1 / 2024	
8)	Séance : 2 / 2 / 2024	
9)	Séance : 5 / 2 / 2024	
10)	Séance : 7 / 2 / 2024	
11)	Séance : 9 / 2 / 2024	

Date	Horaire	Paiement
12)	Séance : 12 / 2 / 2024	
13)	Séance : 14 / 2 / 2024	
14)	Séance : 16 / 2 / 2024	
15)	Séance : 18 / 2 / 2024	
16)	Séance : 21 / 2 / 2024	

Faris Madiha  
 Bd. Ouardiha R...  
 Hay Ouhd...  
 Tel: 0722931017  
 26