

# 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

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](http://www.mupras.com)



~~18713~~

~~MUPRAS~~ Déclaration de Maladie

N° P19- 0045414

~~Kine~~

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : R00202 Société : ESC / RABAT Sale

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El HADDAK

El BAREIC

Date de naissance : 1921

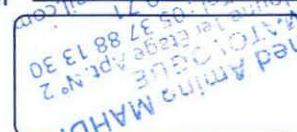
Adresse : secteur 1, B. Rue EL AZHAR N° 247 Tabriguet sale

Tél. : 02 664 5214 33

Total des frais engagés : 722 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2010

Nom et prénom du malade : El Haddad El HADDAK Age : 90 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Copainite rhachiale. Spine de

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 : El HADDAK

Le : 30/01/2010

Signature de l'adhérent(e) : El HADDAK

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<del>CABINET CHAATANI Kinéithérapie - Physiothérapie Av. Lalla Aoudia, N°5, Hammam (T) Talhquet - Sais Tél: 05 37 88 44 48</del>	20/09/2018 30, N 30		Reduction de l'épaule			720DT #

## 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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient des travaux
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	
	B			
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# 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.

## adiologie 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.

## éducation :

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.

## entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## aladie 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

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 : 00.202 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADDAD N.BAREK

Date de naissance : 1985

Adresse : RUE EL AZHAR N°267 Secteur 4B Tabriquet Sidi

Tél. : 0664 591433

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº P19-045415

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 - RADIOPHARMACIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/02/2020		Reduction d'épaule			60 NDT = 30 NDT

#### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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'ostéodensitométrie.

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			
	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	H G B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

# Dr Mohammed Amine MAHDI

Médecin spécialiste des os, articulations et la colonne vertébrale  
Ostéoporose-Biothérapie  
Echographie ostéo-articulaire  
Diplômé de la faculté de médecine de Rabat



# الدكتور محمد أمين مهدي

طبيب أخصائي في أمراض العظام والمناطق  
والعمود الفقري  
شاشة العظام-العلاج بالأدوية البيولوجية  
الفحص بالصدى  
خريج كلية الطب بالرباط

Salé, le : ٢٠١٢١٠١٢٠ سلا في :

## EL HADDAD MBARKA

Chambre de Physiothérapie  
Kinéithérapie et Chiropratique  
Av. Lalla Asmaa, 105  
Tabaqkal - S.  
Tél: 05 37 88 44 16

Faire pratiquer par un kinésithérapeute de 6 séances de REEDUCATION de l'EPAULE DROITE EN DECOAPTATION, à raison de 2 à 3 séances par semaine avec :

1. Physiothérapie de l'épaule avec ionisation
2. Après diminution de la symptomatologie douloureuse :
3. Travail actif, isotonique simple, global et bilatéral des différents muscles de la ceinture scapulaire dans les mouvements d'antépulsion-retropulsion et d'élevation-abaissement, le membre supérieur relâche
4. Exercices de recentrage passif par des exercices pendulaires à visée decontracturante et antalgique
5. Puis exercices de recentrage dynamique
6. Puis exercices de recentrage automatique par des exercices proprioceptifs

INPE : 101206464

Dr. Mohammed Amine MAHDI  
RHUMATOLOGUE  
16 Av. Ibn Khaldoun 1er étage Apt. N° 2  
Bab Mrissa - Salé - Tel : 05 37 88 13 30  
GSM : 06 97 56 19 71  
mahdimedamine@gmail.com

16. شارع ابن خلدون، الطابق الأول، الشقة 2، باب المرسسة - سلا  
16, Avenue Ibn Khaldoun, 1er étage, Appt N° 2, Bab Lamrissa - Salé

Fixe : 05 37 88 13 30 Mobile : 06 97 56 19 71 E-mail : Drmahdimedamine@gmail.com

Salé le: 05/02/2020

Facture N°: 051020

Patient: Hme ELHADDAD.M BARKA

Diagnostique	Nb Sc	Prix Sc	Montant
Reeducation de l'épaule	6 SC	x 120DH	= 720DH
<i>Total à payer:</i>			<b>720 DH</b>

Arrêté la présente facture à la somme de: **Sept cents vingt  
Dirhams**

Cachet du Kinésithérapeute

*CABINET CHAATANI*  
Kinésithérapie - Physiothérapie  
Av. Lalla Asmaa, Rés. Naima (D)  
Tabriquet - Salé  
Tél: 05 37 86 44 46

Av. Lalla Asmae Résidence Néaama Entrée D 1er étage App.2 Salé Tabriquet  
05 37 86 44 46 GSM: 06 78 24 78 36 e\_mail:kiné.chaatani@gmail.com

**Patente N°: 26433610**

ICE : 002000948000009

TP : 29013940

IF : 15218872

Centre Médical de  
kinésithérapie  
Physiothérapie



المركز الطبي  
للترويض الطبي  
و العلاج الفيزيائي

18713

## DEVIS

Salé Le : 30/11/2020

Sous Appel  
Le 3/01/2020

mis  
2020

Patient : Mme. EL HADRAD. MBARKA

Diagnostique	Nbr. SC	Prix.Scéance
Reeducation de l'épaule	6 SC	6 SC x 120DH
	T.TTC	= 720DH



vous remercie pour votre confiance

Direction

**CABINET CHAATANI**  
Kinésithérapie - Physiothérapie  
Av. Lalla Asmae, Rés. Niama (D)  
Tabriquet - Salé  
Tél: 05 37 88 44 46

Avenue Lalla Asmae Résidence Niama, Entrer D.1 étage App. 2 Tabriquet - Salé

06 78 24 78 36 / 06 61 64 70 24

kine.chaatani@gmail.com

## Agenda des séances

1. 01/02/2020
2. 03/02 /2020
3. 05/02/2020
4. 07/02/2020
5. 10/02/2020
6. 12/02/2020

Signature :



CABINET CHAATANI  
Kinésithérapie - Physiothérapie  
Ave. Lalla Asmae - Rue Niama (D)  
Tabriquet - Sidi  
Tél: 05 37 88 44 48