

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Données 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.

Biologie 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

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



Déclaration de Maladie

N° M20- 0000441

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10063 Société : 81708

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAJAD Moul

Date de naissance : 1956

Adresse : Rue 33 N°6 DERB ATAOUNE H.H Casa

Tél : 0674.116718 Total des frais engagés : 1200,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/07/2021

Nom et prénom du malade : BALLA Fatima Age :

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

Nature de la maladie : Tendinite patellaire gauche

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

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
25/7/21	C2			
23/8/21	C2			


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

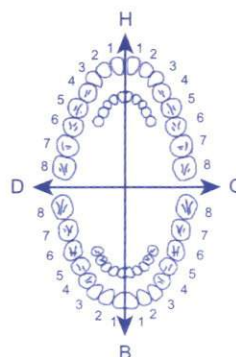
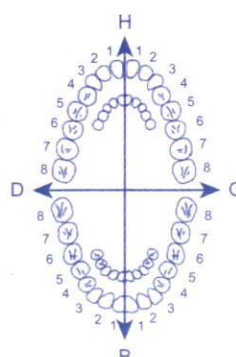
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	28/07/21					10.5
						x 120,00 DH
						= 1200,00 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bil

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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] 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 LE DEVIS

OUAJAD Mohamed
Casablanca, Maroc
06.74.11.67.18
Matricule : 10063

Casablanca, le 25/08/2021

Objet: demande de dérogation

Monsieur,

Je souhaiterais déposer ma déclaration de maladie et je me permets dans ce cadre, de vous demander une dérogation. En effet, je savais pas qu'il me faut déposer une demande d'accord préalable concernant les dossiers maladies de kinésithérapie.

En vous remerciant par avance de votre compréhension, je vous prie d'agréer, Monsieur, mes salutations distinguées.

A handwritten signature in blue ink, enclosed within a large, hand-drawn oval. The signature appears to be "OUAJAD" with a stylized flourish.



Dr. Houda IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل
اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

M^{re} Bahia Fakhim

Casablanca le :

26/7/21

Tendinopathie de l'épaule
avec doleur de capsule
=> Kinésithérapie a but
antalgique (OS, ionic saline)
et mobilisation de capsule
Faire 2 séances / semaine x 10

Dr IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Appt 3
Angle Route d'Azemmour
Bvd Sidi Abderahman Casablanca
Tel 0522 89 38 88/95

📍 Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3ème étage - Casablanca

☎ 05 22 89 38 88 / 95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



Cabinet Kine H

KINÉSITHÉRAPIE-PHYSIOTHÉRA

Rééducation neurologique, rhumatismales, traumatologiques-Rééducation en orthopédie
rééducation respiratoire (nourrissons - enfants - adultes)- Massage médical et rééducation
Drainage lymphatique

Casablanca le : 28/07/2021

Facture N° 9007

- Nom et prénom: M^{me} Sara Fatima
- Rééducation : L'épaule
- Nombre de séances : 105
- Prix unitaire : 120,00 DH
- Prix total : $105 \times 120,00 \text{ DH} = 12600,00 \text{ DH}$

Arêtée la présente facture à la somme

de : Mille deux cent, Duhours

CABINET KINE HAYAT
ADIL HAYAT
Spécialiste en Réhabilitation Physique
Hay Hassani, Derb Attaounne Rue 92
N° 23 RDC - Casablanca
Tél: 0522 909 573