

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### nditions 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.

### armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### diologie 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.

### tique :

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.

### ntaire :

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.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-709060

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0188 Société : Retraité

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KERHOUDI Laila

Date de naissance : 03/03/1963

Adresse : Les Jardins de l'Océan V.6

DAR BOUABBA CASA

Tél. : 0661214142 Total des frais engagés : 3600 —

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 : CASA Le : 04 / 04 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

ACCUSE REÇU  
18 MAI 2022  
MUPRAS  
HAKANI



# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

# 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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
DEVELOPPER KINE Quartier des Hôpitaux Rue Abou Baker Mohamed Ben Zouine Km 3 Elg 5 - Casablanca	25/05/22	12				3600,00

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations

Colonne Vertébrale - Muscles

et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعـد

Casablanca, le : 05 Avril 2022 : الدار البيضاء، في

KL-RNoudi LML.

Rc arthrose quicodense

f. sup 20 ans de  
reduction de volume

quicodense avec

recentif de 2 epaules

pyrophosphate de soufre

sans

Urgence sans

CHERIF BEN MOUSSA  
RHUMATOLOGUE

Hôpitaux, Qt des Hôpitaux

44 ، زنقة المستشفيات (امام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف. الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05 22.22.23.04

E-mail : hasnaab5@hotmail.com : البريد الالكتروني





DÉVELOPPER KINÉ

KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE



## Calendrier des Séances de rééducation

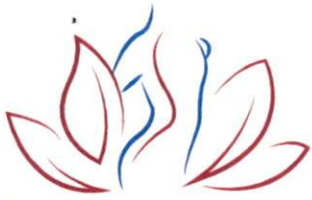
Nom du patient: KERMOUDI Laila

N° de séance	Date	N° de séance	Date
Séance N°1	25/04/2022	Séance N°11	23/05/2022
Séance N°2	27/04/2022	Séance N°12	25/05/2022
Séance N°3	29/04/2022	Séance N°13	
Séance N°4	04/05/2022	Séance N°14	
Séance N°5	06/05/2022	Séance N°15	
Séance N°6	08/05/2022	Séance N°16	
Séance N°7	11/05/2022	Séance N°17	
Séance N°8	13/05/2022	Séance N°18	
Séance N°9	16/05/2022	Séance N°19	
Séance N°10	20/05/2022	Séance N°20	

DÉVELOPPER KINÉ  
Cabinet des Kinés de l'Asu  
9 rue Aboubakr Med' Ibn Zaher Rés  
3ème étage N°7 - Casablanca  
0522 22 48 19

📍 3 Rue Aboubakr Med' Ibn Zaher Rés, La Tulipe 3ème étage N°7 à côté de CHU - Casablanca

☎ 0522 22 48 19



DÉVELOPPER KINÉ

Facture N° 30/22

KERMOUDI LAÏLA

Le 25/05/2022

NOM: KERMOUDI

Prénom: LAÏLA

Diagnostic Medical: Cervicalgies.

Nombre de séances: 12.

Prix de séance: 300 DH.

Total des séances: 3600 DH.

Arrêté la présente facture à la somme de :

Trois Mille Six cent dinars.

**DÉVELOPPER KINÉ**  
Quartier des Hôpitaux Rue Abd  
Said El-Moukri Zouhair  
m. 3 Etg 5 - Casablanca

📍 3, Rue Aboubakr Med', Ibn Zaher  
Rés, La Tulipe 3ème étage N°7  
(à côté de CHU)  
- Casablanca-

☎ 0522 22 48 19

📞 0766 74 58 77

✉ developperkine01@gmail.com

Ice: 002189667000006

RC: 436399

If: 37546740

N° CNSS: 1573320

Patente: 36365379

**laila@societefit.com**

---

**De:** PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>  
**Envoyé:** mardi 19 avril 2022 16:53  
**À:** laila@societefit.com  
**Objet:** RE: Envoi d'un message : mutuelle accord kine avr22

Bonjour  
votre accord de reeducation est accordé pour 12 séances.

CORDIALEMENT.

---

**De :** laila@societefit.com <laila@societefit.com>  
**Envoyé :** lundi 18 avril 2022 13:16:42  
**À :** PRISE EN CHARGE; RFM MUPRAS  
**Objet :** Envoi d'un message : mutuelle accord kine avr22

Bonjour

Veuillez trouver ma demande d'accord préalable pour des séances de  
kinésithérapie  
cordialement

Laila kermoudi 07788



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 05/04/2022

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 0788 e-mail : talba@airmaroc.ma Phones : 0661214142  
Nom et Prénom de l'adhérent : KERNOUDI Laila  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : ZAHNI Amas  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. KERNOUDI Laila  
Nécessite des séances de rééducation pour cervicales.  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : ANN

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):

Cachet, date et signature du praticien

**ASMAA ZAHNI**  
kinésithérapeute  
& physiothérapeute  
Tél. : 05 22 22 45  
**DEVELOPPER KINE**  
Quartier des Hôpitaux Rue Abou  
Baker Mohamed Ben Zouhair  
m 3 Etg 3 - Casablanca

### 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.