

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0019471

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1488 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : RAHMOUNE JAMILA  
 Date de naissance : 20/06/1958 OMA  
 Adresse : IM 29 - Apt N° 4 - 2<sup>e</sup> étage - Nour California  
 CHEN BUA CO  
 Tél. : 06 60 16 81 00 Total des frais engagés : X 1200,00 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

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

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : ..... ☒ Enfant

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 : CHEN BUA CO Le : 20 / 06 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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 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



## 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

## 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
		AM	PC	IM	IV	

CENTRE DE KINESITHERAPIE AIKA  
Aicha OF KIR  
Ras Assakane Al Anik. bd El Qods  
N° 12. 2ème étage  
INP : 24964563

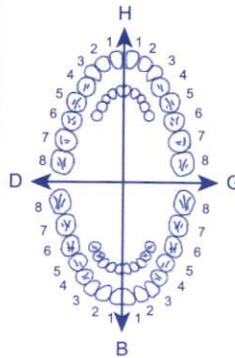
CENTRE DE KINESITHERAPIE AIKA  
Aicha OF KIR  
Ras Assakane Al Anik. bd El Qods  
N° 12. 2ème étage  
INP : 24964563

## 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 de l'ODF.

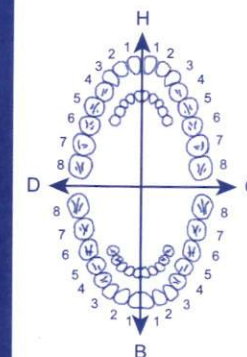
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

### O.D.F PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

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. Amine ABDELAOUI**  
**Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue**

- Lauréat de la Faculté de Médecine Paris Diderot - France.
- Diplômé de l'Université Paris Est Créteil - France.
- Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris - France.
- Ancien Chirurgien du CHU Mohammed VI de Marrakech.



**الدكتور أمين عبدلاوي**

- إختصاصي في أمراض وجراحة العظام والمفاصل
- خريج كلية الطب باريس ديدرو - فرنسا
- دبلوم من جامعة باريس ايسر كريتي - فرنسا
- جراح سابق بمستشفيات باريس - فرنسا
- جراح سابق بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش - المغرب

**CABINET DE CONSULTATIONS**  
**ORTHOPÉDIQUES ET TRAUMATOLOGIQUES**

Casablanca Le : .....

06 MAI 2022

**LETTRE DE KINÉSITHÉRAPIE :**

Mme JAMILA RAHMOUNE :

Renseignements cliniques :

Entorse modérée de la cheville droite chez une patiente de 69 ans , traitée orthopédiquement avec une immobilisation par une cheville armée pdt 04 semaines associée à une médication symptomatique .

Prière de continuer la prise en charge thérapeutique de cette patiente avec une **kinésithérapie motrice de sa cheville droite** :

- Douce et progressive .
- Activo-passive .
- Assouplissement articulaire +++ ( Degrés maximaux ) .
- Physiothérapie antalgique ++
- Renforcement musculaire ( Triceps surale ++ ) .
- Proprioception .

Nombre de séances : 12 séances .  
Cordialement ..



**Dr. Amine ABDELAOUI**  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue  
Casablanca - Ain Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 21 61 41 - E-mail : amine.abdelaoui@gmail.com

**المستعجلات : 06 61 56 53 00 : Urgences :**

778 - Boulevard El Qods - Résidence La Perle d'EL Qods - 3ème étage (avec ascenseur) - N° : 7  
Lotissement Mandarona - Ain Chock - Casablanca  
778 - شارع القدس - إقامة لابييل ديل القدس - الطابق الثالث (بالمصعد) - رقم : 7  
حي منظرونا - عين الشق - الدار البيضاء  
Tél : 05 22 21 61 41 - E-mail : amine.abdelaoui@gmail.com  
الهاتف : 05 22 21 61 41 - البريد الإلكتروني : amine.abdelaoui@gmail.com



## DEVIS

**Date :** 06/05/2022

**DEVIS N° :** 2022 / 0016

**MEDECIN TRAITANT :** DR AMINE ABDELAOUI

**Nom du patient**

JAMILA RAHMOUNE

Désignation	Nombre de séance	Prix/Séance	Total
AMMG+IR	12	100,00	1200,00

**Total : 1 200,00 DH**

Arrêtée le présent Devis à la somme de :

**MILLE DEUX CENTS DH ..**



**CENTRE DE KINESITHERAPIE AIKA**  
Aicha OKIR  
Rés Assakane Al Anik, bd EL Ouds  
Imm 404 App N°12, 2ème étage  
INP : 24964563



## FACTURE

Date : 13/06/2022

FACTURE N° : 79

INP : 24964563  
Res Assurances  
Imm 404 App N° 12, 2ème étage  
Aicha OFKIR  
CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE AIKA

MEDECIN TRAITANT : DR ABDELAOUI AMINE








Nom du patient

RAHMOUNE JAMILA

Mode de paiement : TPE

Désignation	Nombre de séance	Dates des séance	Prix/Séance	Total
AMMG+IR	12	09/05/2022	100,00	1200,00
		11/05/2022		
		16/05/2022		
		19/05/2022		
		23/05/2022		
		25/05/2022		
		27/05/2022		
		01/06/2022		
		03/06/2022		
		07/06/2022		
		10/06/2022		
		13/06/2022		

INP : 24964563  
Res Assurances  
Imm 404 App N° 12, 2ème étage  
Aicha OFKIR  
CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE AIKA

N° Dossier: 114421   
N° Dossier externe: ACC-01488-09/05/2022  
Type de dossier: REEDUCATION   
Bénéficiaire: RAHMOUNE JAMILA  
Situation: En attente   
Sous-situation: Accord Préalable   
Date de début: 09-05-2022   
Date de fin: 09-05-2022   
Date de saisie: 09-05-2022  
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
10-05-2022	Manuel	OK POUE 12 SENCES DE REEDUCATION CHEVILLE
10-05-2022	Manuel	C+C
10-05-2022	Manuel	DOSSIER DEJA VU ET VALIDE . OK