

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Adhésion et changement de statut : [adhésion@mupras.com](mailto:adhésion@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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-664480

109473

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04930

Société : PAJ

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BA BA

HASSAN

Date de naissance : 07/12/60

Adresse : Hashi Luell

Tél. : 0666 199817

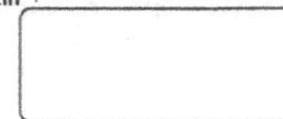
Total des frais engagés :

3000

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 : Casablanca

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT

## 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
				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
		AM	PC	IM	IV	
Lamia MOUNSIF Kinésithérapeute - Physiothérapeute 82, Bd. Abdellahoumen - Résidence Mawali Tel. 05 22 28 77 78	22/03/2022 au 05/07/2022			20 x 150,00 Dhs séance de kiné		3 000,00 Dhs

#### VIOLET ADHERENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important:

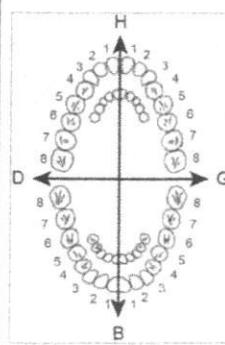
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## Coefficient des travail

## MONTANTS DES SOINS

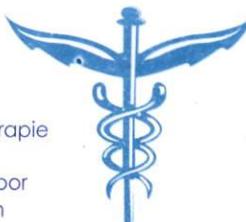
DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Lamia MOUNSIF

Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
Diplômée De la Haute Ecole De Kinésithérapie

Ancienne kiné du centre hôpitalier Noor  
de rééducation et de réadaptation



لمياء منصف  
مروضة طبية - معالجة كهربائية  
دبلوم المدرسة العليا للترويض الطبي

مروضة سابقة بمركز النور  
للترويض والتأهيل

Sur Rendez-vous - Soins à Domicile - بالموعد

Casablanca, le ..... 01/03/2022 .....

ACC KINE



Nom : Dne Baba Prénom : Fatima

Rééducation fonctionnelle  
des Genoux

20 Séances x 15,00 = 300,00 DH.

Devis arrêté à la somme de Trois mille Dh

Lamia MOUNSIF  
Kinéthérapeute - Physiothérapeute  
82, Bd. Abdelmoumen - Résidence Al Mawlid IV  
Tél : 05 22 23 77 78

شارع عبد المؤمن زاوية أنوال، إقامة المولد IV الطابق الرابع مكتب رقم A43. الدار البيضاء

82 Bd Abdelmoumen Angle Anwal, Résidence Al Mawlid IV 4<sup>ème</sup> étage Bur A43. CASABLANCA  
Tél : 05 22 23 77 78 E-mail : lamia.kine@gmail.com

Patente N° : 34790959

IF : 40191372

Lamia MOUNSIF

Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
Diplomée De la Haute Ecole De Kinésithérapie

Ancienne kiné du centre hôpitalier Noor  
de rééducation et de réadaptation



لَمِيَاءُ مُنْصَفُ

مروضة طيبة - معالجة كهربائية  
دبلوم المدرسة العليا للترويض الطبي

مروضة سابقة بمركز النور  
للترويض والتأهيل

Sur Rendez-vous - Soins à Domicile - بالموعد

Casablanca, le 05/07/2022

## Note D'HONORAIRES

La somme de : Treis mille dirhams

pour une série de vingt séances de

Rééducation fonctionnelle  
des deux genoux

Adressée à Mme Boba Mounif Fotina

Durant la période du 22/03/2022 au 05/07/2022

Sur Ordonnance du Docteur : Dr Mkiusi S. Soui

ICF: 00047929000024

Lamia MOUNSIF  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
82 Bd Abdelmoumen Angle Anwal, Résidence Al Mawlid IV 4<sup>ème</sup> étage Bur A43. CASABLANCA  
Tél: 05 22 23 77 78

شارع عبد المؤمن زاوية أنوال، إقامة المولد ١٧ الطابق الرابع مكتب رقم 43. الدار البيضاء

82 Bd Abdelmoumen Angle Anwal, Résidence Al Mawlid IV 4<sup>ème</sup> étage Bur A43. CASABLANCA  
Tél : 05 22 23 77 78 E-mail : lamia.kine@gmail.com

Patente N° : 34790959

IF : 40191372





مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24/24 ساعة

25/11/21

1<sup>me</sup> Baba Toufif fatima

Faire 2 séances  
par semaine de  
rééducation des  
genoux : renforcer les  
quadriceps, les stabilisateurs

545 ، شارع المنظر العام - كاليفورنيا - الدار البيضاء

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca



الفاكس : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 - الهاتف : 0522 50 76 98 - Fax : 0522 50 76 98

الموقع الإلكتروني : [cliniquecalifornie@gmail.com](mailto:cliniquecalifornie@gmail.com) - العنوان الإلكتروني : [www.cliniquecalifornie.net](http://www.cliniquecalifornie.net)

latéaux -

Travailler sur genoux  
entre 0 et 30° de flexion  
maximale -

Pas de déonation -

do neaux

Pr. O. MIRASSOUI  
Professeur de Chirurgie  
ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA TÉMOIN

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 01.03.2022

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 04.930 e-mail : baba.hassan@GMAIL.com Phone : 0666199817

Nom et Prénom de l'adhérent : RA RA HASSEN

Nom et Prénom du bénéficiaire : El. NOUFSIF FATHIA

## Lamia MOUNSIR A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
12. Bd Abdelloumen - Résidence Mawlid IV

Estime que l'état de santé de Mme Mounir 17/03/2022 Bab 2 F2.1m2

Nécessite 2 séances de Rééducation fonctionnelle des Genoux

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

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

01/03/2022

## 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.