

# 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 ALQ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0008022

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10585 Société : RAM (Fret)

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KESSIBA EL HABIB

Date de naissance : 12/02/1963

Adresse : Berrechid

Tél. 0607 458836 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/05/2022

Nom et prénom du malade : KESSIBA DOUNACUEIL Age: 22 ans

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

Nature de la maladie : pathologie rachidienne

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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 30/05/22        | caution           |                       |                                 | Dr. Meriem LAANAYA<br>RHEUMATOLOGUE<br>Centre d'Affaires Médicales N°344 Nassrallah<br>1er étage N°3 - Berrechid Tél: 05 72 03 03 01<br>INPR 1061285318 |

# 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

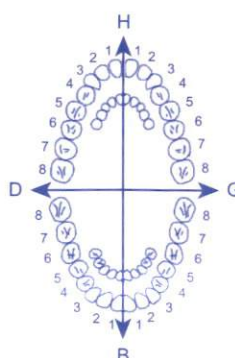
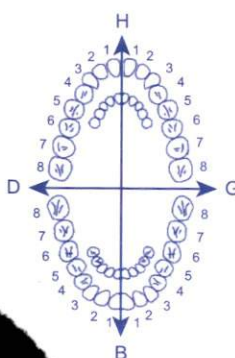
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| NISRINE KAN                      | 06/06/2022     |        |    |    |    | 10 x 150 dhs                    |
| Kinésithérapeute Kiné Béa        | 06/07/2022     |        |    |    |    | 1500 dhs                        |
| 62, Rue Mekka, Tissir I Beni     |                |        |    |    |    |                                 |
| Tél: 0522 32 75 27               |                |        |    |    |    |                                 |

# 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 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  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|  | <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 <input type="text"/> |
|   | H  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G                |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION





# Kiné Beauty

Centre de rééducation

Aminicissement et bien être Médecine chinoise

KANIZ NISRINE

PHYSIOTHÉRAPEUTE & KINÉSITHÉRAPEUTE

Gsm : 06 79 317 225

0661 56 58 76

BERRECHID LE : 26/07/2022

## FACTURE

N° 31/2022

NOM ET PRÉNOM DU PATIENT : DOUNIA KSSIBA

NATURE DE LA MALADIE : Scoliose dorso-lombaire

MÉDECIN PRESCRIPTEUR : dr meriem LAANAYA

NOMBRE DES SÉANCES : 10 séances

COUT TOTAL : 10 \* 150 dhs = 1500 dhs

ARRÊTÉ LA PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE : mille cinq cent dirhams

VEUILLEZ AGRÉER MONSIEUR, L'EXPRESSION DE NOS SALUTATIONS LES PLUS DISTINGUÉES.

NISRINE KANIZ  
Kinésithérapeute - Kiné Beauty  
62, Rue Mekka, Tisser I Berrechid  
Tél : 0522 32 75 23



- » Créer un décompte lié au dossier
- » Créer un décompte tiers lié au dossier

N° Dossier: 119010   
 N° Dossier externe: ACC-10585-15/06/2022  
 Type de dossier: REEDUCATION ▼  
 Bénéficiaire: KSSIBA DOUNIA  
 Situation: En attente ▼  
 Sous-situation: --- ▼  
 Date de début: 15-06-2022   
 Date de fin: 15-06-2022   
 Date de saisie: 15-06-2022  
 Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

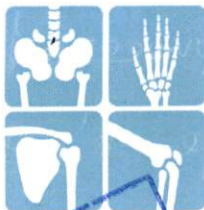
Commentaires existants [↕]

| Date       | Type   | Commentaire                       |
|------------|--------|-----------------------------------|
| 15-06-2022 | Manuel | OK ACC 10 SEANCES KINÉ (SCOLIOSE) |
| 15-06-2022 | Manuel | informé par sms                   |



Dr. Meriem LAANAYA ,

Médecin Spécialiste en Rhumatologie  
Maladies des Os, des Articulations  
et de la colonne Vertébrale



الدكتورة مريم لعناية  
طبية إختصاصية في أمراض العظام  
و المفاصل و العمود الفقري

Berrechid, le : 29/05/2022 برشيد، في :



Kasaba Daunia.

Réduction du rachis  
dorsal, et lombaire.

( scoliose dorsa - lombaire  
à convexité gauche  
avec angle de Cobbà 16° )

1 - physiothérapie orthopédique + + + .

2 - Assouplissement et renforcement.

des muscles paravertébraux.  
( rhomboides /

trapèzes ) -  
- Erecteurs du rachis -  
- sangli abdomina -  
pelvienne .

NISRINE KANIZ  
Kinésithérapeute Kiné Beauty  
62, Rue Mekka, Tissir I Berrechid  
Tél : 0522 32 75 23

مركز الأعمال برشيد، رقم 344 نصر الله، الطابق الأول رقم 3 - برشيد  
Centre d'Affaire berrechid, N°344 Nasroallah, 1er Etage N°3 - Berrechid  
Tél : 05 22 03 03 01 - Email : dr.laanayameriem@gmail.com



3 - Travail préreceptif :

a - Apprentissage de l'autonomie éducative

10 semaines (23 sep - 20 nov)

