

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

M22-0027107

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (a)

Matricule : 00072 L8 Société : .....

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : .....

Nom & Prénom : jamaai latima M22 A4 R A

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 0661-812015 Total des frais engagés : .....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 : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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

### 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	

### 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie

Ex. Médecin au CHU ibn Rochd  
de Casablanca

Ex. Médecin aux hôpitaux de France

- Traitement et chirurgie des fractures et des lésions des tendons des membres
- Chirurgie des rhumatismes et des tumeurs des membres
- Traitement de l'arthrose par plasma riche en plaquettes (PRP) ou par pose de prothèses (Hanche, Genou)
- Traitement des lombalgies
- Traumatologie du sport
- Arthroscopie



أخصائي أمراض  
وجراحة العظام و المفاصل

طبيب سابق بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
بالدار البيضاء

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

- علاج وجراحة كسور العظام وإصابات أوتار  
الأطراف

- جراحة الروماتيزم وأورام الأطراف

- علاج خشونة المفاصل بالبلازما الغنية بالصفائح  
الدموية أو بالاستبدال الإصطناعي للمفاصل

(الورك - الركبة)

- علاج آلام الظهر

- علاج الإصابات الرياضية

- التنظير الباطني للمفاصل

lettre de Prescription

Ordonnance faite le : 07/12/2021

Amel Jemassi Fahima ezzahra

Neuralgies cervicobrachiales + lumbalgies

de la ceinture des Rotateurs de l'épaule Droit

Faire 8VP (20 séances) de Rééducation

- Antalgique / Kinésithérapie

- Massage

- Hydrothérapie

Dr. Fakhreddine LKOUTBI  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologie  
INPE - 0912580859

CENTRE EL YOUSR DE KINESITHERAPIE  
مركز اليسر للتزويض الطبي

SARL

kinesithérapie\_physiothérapie  
rééducation fonctionnelle  
rééducation respiratoire  
drainage lymphatique manuel

FACTURE

- \* Nom et prenom: Jemna Fatma Zaria
- \* Diagnostic: Nalgé carboxy-bursale + Tendinite patellaire
- \* Traitement kinesitherapie: Physiothérapie + Rééducation fonctionnelle
- \* Designations des actes suivant nomenclature: 1.0.0.0.0.0.
- \* Nombre de seances: 2 seances
- \* Debut du traitement : 25-05-2023
- \* Montant total des honoraires: 200 000 000 - 200 000 000
- \* Arrêtée la présente facture a la somme: Deux mille dinars

Berrechid le : 10/07/2023

\_Adresse: 67-69 rue el masjid hay el yousr - Berrechid

\_TEL: 0522 326446 GSM: 0667626731

\_PATENTE: 40724068 TVA: 14437699

\_BP agence al yousr-berrechid. RIB: 1176212118743964001723

Centre EL YOUSR  
de Kinesithérapie  
N°: 40724068  
67-69 Rue El Masjid Hay El Yousr  
BERRECHID - Tel: 0522 32 64 46



Date	Heure	Réglement
25/5/23	10h	-P-
25/5/23	12h	-P-
31/5/23	10h	-P-
2/6/23	12h	-P-
5/6/23	12h	-P-
7/6/23	10h	-P-
8/6/23	12h	-P-
12/6/23	12h	-P-
14/6/23	10h	-P-
16/6/23	12h	-P-

Date	Heure	Réglement
19/6/23	10h	-P-
21/6/23	12h	-P-
23/6/23	12h	-P-
26/6/23	10h	-P-
28/6/23	12h	-P-
30/6/23	12h	-P-
3/7/23	10h	-P-
5/7/23	12h	-P-
7/7/23	12h	-P-
10/7/23	10h	-P-

