

# 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
- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3792 Société : R. A. M.

Actif  Pensionné(e)  Autre : CDB RETRAITE

Nom & Prénom : HASHIM AKBAR H.

Date de naissance : 12.02.1948

Adresse : 11 RUE JABAL BOUYEBLANE C. I. L CASABLANCA

Tél. 066 312 8664 Total des frais engagés : 4000,00 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 : .....

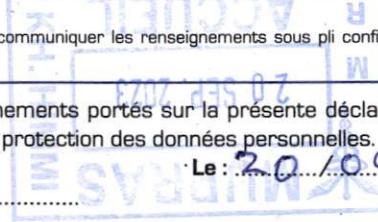
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 20/10/9123

Signature de l'adhérent(e) : Hasim AKBAR H.



## 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

## 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

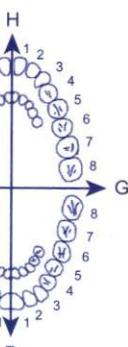
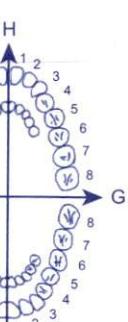
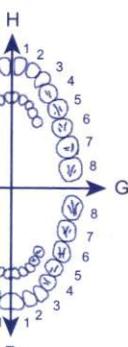
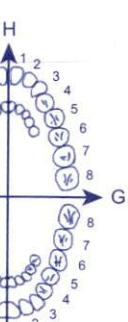
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ENTRE KINESITHERAPIE YOUSSEF DOULFAKAR SARL 250 Avenue de Bordeaux 3d MV Yousset N 3 Casablanca DS 61 18 15 47	12/09/23	20	AMM	20	Seances	1000adhs

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
					Coefficient des travaux												
					Montants des soins												
					Début d'exécution												
					Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux	
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins													
				Date du devis													
				Date de l'exécution													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Nom et prénom : Mmé. Chraibi Nadia

Diagnostic : Rééducation du rachis cervical

Médecin traitant : Pr.O.MKINSI SLAOUI

Nombre de séances : 20

Date début du traitement : 17/05/2023

Date de fin de traitement : 12/09/2023

Détail des séances :

Le 17/05/2023	:	1 <sup>ère</sup> séance
Le 20/05/2023	:	2 <sup>ème</sup> séance
Le 23/05/2023	:	3 <sup>ème</sup> séance
Le 26/05/2023	:	4 <sup>ème</sup> séance
Le 30/05/2023	:	5 <sup>ème</sup> séance
Le 03/06/2023	:	6 <sup>ème</sup> séance
Le 22/06/2023	:	7 <sup>ème</sup> séance
Le 04/07/2023	:	8 <sup>ème</sup> séance
Le 11/07/2023	:	9 <sup>ème</sup> séance
Le 18/07/2023	:	10 <sup>ème</sup> séance
Le 22/07/2023	:	11 <sup>ème</sup> séance
Le 25/07/2023	:	12 <sup>ème</sup> séance
Le 15/08/2023	:	13 <sup>ème</sup> séance
Le 17/08/2023	:	14 <sup>ème</sup> séance
Le 22/08/2023	:	15 <sup>ème</sup> séance
Le 26/08/2023	:	16 <sup>ème</sup> séance
Le 29/08/2023	:	17 <sup>ème</sup> séance
Le 31/08/2023	:	18 <sup>ème</sup> séance
Le 06/09/2023	:	19 <sup>ème</sup> séance
Le 12/09/2023	:	20 <sup>ème</sup> séance

**Mr Youssef DOULFAKAR**

*Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état*

250, Angle Bd Moulay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage Casablanca

Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 01548200000071 - RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

12/09/2023  
CENTRE KINESITHERAPIE  
YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU  
250 Angle Bd de Bordeaux et  
30 My Youssef N° 3 Casablanca  
06.61 18 15 47



## **FACTURE N°94/2023**

- Prénom et nom : Mme. Chraibi Nadia
- Diagnostic : Rééducation du Rachis Cervical
- Médecin traitant : Pr. O.MKINSI SLAOUI
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 20
- Montant total des honoraires : 4000,00 DH
- Arrêter le présent devis à la somme de : Quatre milles dirhams

Casablanca, le 12/09/2023

**Mr Youssef DOULFAKAR**  
Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Moulay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N°3- Casablanca  
Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com  
ICE : 01548200000071 - RC : 345535 - TP : 35423089  
CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

*CENTRE KINESITHERAPIE  
YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU  
250 Angle Bd de Bordeaux et  
3d Mly Youssef N 3 Casablanca  
05 22 880 440 01 18 15 47*