

## 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.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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.

N° W21-811151

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>7914</b>	Société :	<b>DRIF Mina</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<b>RESIDENCE SAADA IMM 1</b>
Nom & Prénom : <b>DRIF Mina</b>		Date de naissance : <b>21/12/64</b>	
Adresse : <b>APART 14 HAY HASSANI CASA.</b>		Tél. <b>0652024560</b>	
Total des frais engagés : _____ Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<b>Abd</b>
Nom et prénom du malade :	<b>Dr. Houda BEN ARDELLAH</b>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	<b>Arthrose</b>
En cas d'accident précisez les causes et circonstances :	<b>Accident de l'oeil</b>
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	<b>ACCUEIL</b>

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 : **31/08/2023**

Signature de l'adhérent(e) :



OCT 2023

## **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
31/8/23	C2		G	INP : 091036681
				Dr. Houda IBN ARDELJALIL RHUMATOLOGUE Spécialiste des maladies articulaires Lot 58

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>Dr. Houda IBN BDELJAALI</b> <b>RHUMATOLOGUE</b> <i>Spécialiste des Maladies des Os et Articulations</i> <i>Bureau A5, 1<sup>er</sup> ét., Quartier Massal, 100-103</i> <i>El-Haouz - Tel : 0522 89 38 50/35</i>	31/8/23		200,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

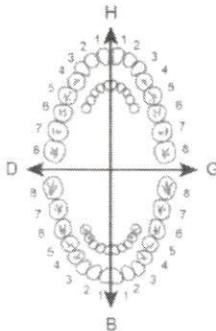
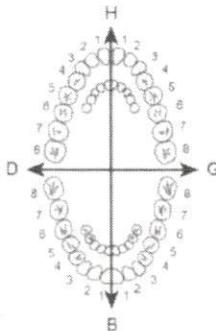
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	le 20/10/2023		10 x 120	10 AM + 8h		1200,00 dhs.

#### **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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
	<table 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;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G																
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>												



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Abad Abdellah

Casablanca le : 31/8/23

2) Musocalm fri 2

1app - 21g \* 15j

2) Brexin sachet

1 sachet / j \* 10j

si TAS < 14/9.

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
City Office - Bureau n A5, 1<sup>er</sup> étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani  
Hay Hassani - Casablanca - Tel : 0522 89 38 88/95

City Office - Bureau n A5, 1<sup>er</sup> étage, Quartier Missimi, Lot 58, Hay Hassani  
Casablanca (en face de Marjane Hay Hassani)

05 22 89 38 88 /95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr

N° Dossier: 173927 

N° Dossier externe: ACC-07914-04/09/2023

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: ABAD ABDILLAH

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 04-09-2023 

Date de fin: 04-09-2023 

Date de saisie: 04-09-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
04-09-2023	Manuel	OK 10S [Numéro de page]

Dr, Houda IBNABDEJALIL

Rhumatologue

Casablanca le, 31/08/2023

## FACTURE

**NOM ET PRENOM : M<sup>r</sup>, ABAD Abdelillah**

**EXAMEN FAIT : Rx du PIED GAUCHE DE FACE**

**Rx du TALON GAUCHE DE PROFIL**

**MONTANT GLOBAL : 200,00 DHS**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

**« DEUX CENT DIRHAMS ».**

*Dr. Houda IBN ABDEJALIL  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
City Office - Bureau A5, 1er étage, Quartier Hassan II, Lot 58  
Hay Hassani - Casablanca - Tel : 0522 89 38 88/95*



## KINESITHERAPIE - AMINCISSLEMENT RELAXATION

Casablanca le 20/10/2023

# mupras

Facture 86 /2023

Nom du patient : Mr ABAD ABDELLAH

Nombres des séances	Code AMM	Prix Unitaire	Total TTC
10	9+4	120.00	1200.00



Arrêtée la facture présente à la somme de **MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**

- Rééducation et Réadaptation Fonctionnelle
- Entretien du corps
- Rééducation Cardio-Vasculaire
- Kinésithérapie respiratoire
- Gymnastique Pré et Post-Natale
- Drainage Lymphatique
- Gymnastique Médicale Assistée
- Massage et Relaxation
- Rééducation à domicile

14/09/23      27/09/23      09/10/23      16/10/23  
19/09/23      04/10/23      11/10/23  
21/09/23      06/10/23      13/10/23



Casablanca le, 31/08/2023

Patient : ABAD Abdelillah

Médecin traitant : **IBNABDELJALIL Houda**

**Rx du PIED GAUCHE**

**DE FACE**

- ❖ Absence d'anomalie osseuse visible.

**Rx du TALON GAUCHE**

**DE PROFIL**

- ❖ Epine retro calcanéenne.

Confraternellement

**Dr H. IBNABDELJALIL**

Dr. Houda IBN ABDELJALIL  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
City Office - Bureau A5, 1<sup>er</sup> étg. Bâtiment Missini, lot 58  
Hay Hassani - Casablanca - Tel : 0522 89 38 88/95

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le 04/09/2023

### **A REMPLIR PAR L'ADHERENT**

Matricule : 07914 E-mail : MDRIFI@ROYALAIRMAROC.COM Téléphone : 0652024560

Nom et Prénom de l'adhérent : DRIFI Hmed

Nom et Prénom du bénéficiaire : ABDI ABDILLAH

### **A REMPLIR PAR LE PRATICIEN**

Je soussigné : Dr. Houda IBN ABDELLAH

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Abla DRIFI Abdellah

Nécessite Kiné

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 2 x Seul(e) = 10

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):

Tendopathie d'addition

Dr. Houda IBN ABDELLAH  
RHUMATOLOGUE  
Spécialiste des Maladies des Os et Articulations  
City Office - Bureau 45<sup>e</sup> étg, Quartier Misserghem, 15  
Bou Hassani - Casablanca - Tel : 0522 89 38 88/99



Cachet, date et signature du praticien



### **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.