

# 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**  
N° M20- 0003530

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05918 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : FARISS MOHAMED  
 Date de naissance : 12.07.1961  
 Adresse : 239, Rue TAZARINE CAS 20000  
 Tél : 06 65 51 12 12 Total des frais engagés : 1500.- Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 21/09/2023  
 Nom et prénom du malade : Lotfi Aich  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : gonarthrose  
 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 : Agadir Le : 21/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
21-09-23	C <sub>2</sub>		(6)	INPE Dr. MELOUADIBO Traumatologie - Orthopédie عمارة الحكومية رقم 7 - انزكان Tél : 05 28 33 68 16

[illegible][illegible]

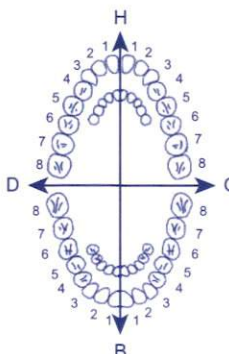
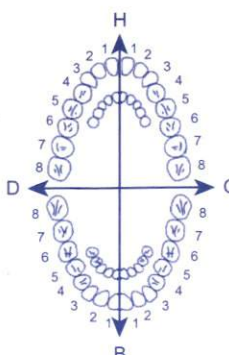
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p><b>AICHA BEN ATTA</b>            sithérapeute / physiothérapeute            élogue, Nutritionniste et coach minceur            : 05 28 83 86 10 / 06 18 49 00 68  <b>AINEZGANE</b>            71502000044 - IF: 7623247</p>	23/09/2023		10 séances			1500 Dhs à raison 180 Dhs / s

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412    21433552            00000000    00000000  <b>D</b>                      <b>G</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000    00000000            35533411    11433553         </div> </div>			
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**ABDELOUADOUD Mohamed**  
Médecin Spécialiste en Traumatologie - Orthopédie

- Ex Médecin à l'hôpital Brugmann Bruxelles
- Ex Médecin à l'hôpital Ibn Rochd Casablanca
- Ex Médecin à l'hôpital Provincial de Taroudant

- Chirurgie prothétique des membres
- Chirurgie du sport
- Chirurgie arthroscopique
- Chirurgie de la main et des nerfs périphérique



**الدكتور عبد الودود محمد**  
إختصاصي في أمراض و جراحة العظام و المفاصل

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بريكمان بروكسيل
- طبيب سابق بالمستشفى ابن رشد الدار البيضاء
- طبيب سابق بالمستشفى الإقليمي بتارودانت

- الجراحة التوقيمية للمفاصل
- الطب الرياضي
- الجراحة بالمنظار
- جراحة اليد و الأعصاب الطرفية

Inzegane le : 21 / 09 / 2023 : إنزكان في :

Lettre de recommandation

- M. Lotfi Aicha
- Gonalgie droite secondaire à une chute
- recommandation et physiothérapie
- 10 séances 2013 séances par semaine

**AICHA BEN AÏTA**  
kinésithérapeute / physiothérapeute  
Périnéologue, Nutritionniste et coach minceur  
Tél.: 05 28 83 86 10 / 06 18 49 01 68  
A INZEGANE  
ICE: 00187150200044 - IF: 76232177

**د. عبد الودود محمد**  
ABDELOUADOUD Mohamed  
جراحة العظام و المفاصل  
Traumatologie - Orthopédie  
إدارة الحكومية رقم 7 - إنزكان  
Tél.: 05 28 33 68 16

Imm. El Hagounia N°7 BD. Moukhtar Soussi - INZEGANE

عمارة الحكومية رقم 7 - شارع المختار السوسي قرب المحطة الطرقية إنزكان

☎ 05 28 33 68 16 - ☎ 06 62 07 84 94 - ✉ abdelouadoud.med@gmail.com



# Centre de Rééducation fonctionnelle et Remise en Forme

**Aicha Ben Atta**  
Spécialiste en rééducation  
fonctionnelle et en  
uro gynécologie

عائشة بن عطا  
أخصائية في الترويض الطبي  
و الاعتلال الوظيفي للجهاز  
البولي و التناسلي و الشرج

À Inzegane le : 2023 / 11 / 30

Facture N° : 1003012 / 23

patient(e) : LOTFI Aicha

N° CIN : JB70418

Désignation	Nombre de séances	P.U	Montant
Rééducation du genou droit  → gonalgie secondaire à une chute	10 séances	150 DHS	1500 DHS
<p><b>AICHA BEN ATTA</b> kinésithérapeute / physiothérapeute Perinologue, Nutritionniste et coach minceur Tél.: 05 28 83 86 10 / 06 18 49 01 68 A INEZGANE ICE: 001871502000044 - IF: 76232177</p>			
Total			≠ 1500 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille cinq cent dix DHS

Paiement en espèces

Adresse: N° 4, Immeuble Annakhil, Angle Avenue Med V et Avenue des F.A.R- Inezgane  
E-mail : kinesitherapeute.aicha@gmail.com / Tél. : 05 28 83 86 10 - GSM : 06 18 49 01 68  
TP : 49301755 - IF : 76232177 - ICE : 001871502000044

Nº SEANCE	DATE	HEURE
1 P1	09.10.23	16h
2 P1	16.10.23	16h
3 P1	25.10.23	16h
4 P1	30.10.23	16h
5 P1	08.11.23	16h
6 P1	14.11.23	16h
7 P1	20.11.23	16h
8 P1	24.11.23	16h
9 P1	28.11.23	16h
10 P1	30.11.23	16h

Nº SEANCE	DATE	HEURE

ACHA BENAÏTA  
 Kinésithérapeute / physiothérapeute  
 Podologue, Nutritionniste et coach minceur  
 Tel.: 05 28 85 96 10, 96 18 49 01 68  
 AIN ELZGANE  
 ICE: 001871502000044 - IF: 76232177

# للإشارة فقط

- كل تأخير عن الموعد يلغى الموعد نهائيا.
- عدم الحضور في الموعد بدون الغائه بالاتصال يلغى الموعد الموالي تلقائيا.
- الأسبقية لحالات الترويض التنفسي للأطفال.
- لا تعطى الفاتورة إلا بعد استخلاص جميع واجبات الحصص.
- يمنع منعاً باتاً تغيير تاريخ الملفات.
- المرجو الهدوء في قاعة الانتظار.
- العيادة ليست مسؤولة عن ضياع أشياء ثمينة ما لم تسلم للسكرتارية.
- المرجو توفير الصرف قبل أداء الواجبات.



## CABINET DE REEDUCATION ET D'AMAIGRISSEMENT

ADRESSE : N 04 , IMMEUBLE ANNAKHIL  
- ANGLE AVENUE MED 5  
ET AVENUE DES FAR, INZEGANE

[ FIX : 05 28 83 86 10  
TEL : 06 18 49 01 68 ]

NOM ..... *Latfi* .....

PRENOM ..... *Aicha* .....

MEDECIN TRAITANT *Dr. Abdelmad Noh* .....

DIAGNOSTIC *Red. du genou* .....

NOMBRE DE SEANCES ..... *10 séances* .....