

# 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.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0026975

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3162 Société : R.A.H.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHATIB MADIDA

Date de naissance : 18.08.53

Adresse : Angle Bd Alexandrine et Parthenon Rnd.

LEHART 3C CAGA

Tél. 06 59 609 181 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 :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>

[illegible][illegible]

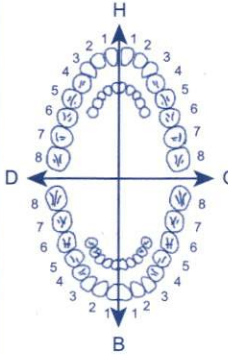
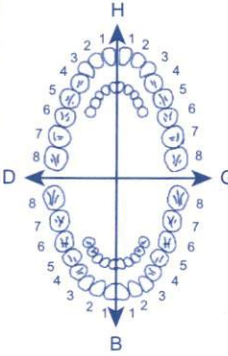
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	A M	P C	I M	I V	
<p><b>CACHET ET SIGNATURE</b></p> <p><b>KINESITHERAPEUTES</b></p> <p><b>Av. 2 Mars 190 Rue de Rome</b></p> <p><b>N° 35 Etg 2 Casablanca</b></p> <p><b>INPE : 065047219</b></p> <p><b>Tel : 0661 47 28 62 / 0522 82 15 80</b></p>	31.01.24	15 ANN x 12			≠ 1800 ≠

# 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															
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </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																	
	<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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° Dossier: 185413  
N° Dossier externe: ACC-03162-05/12/2023  
Type de dossier: REEDUCATION  
Bénéficiaire: KHATIB MAJIDA  
Situation: Notifié  
Sous-situation: ---  
Date de début: 05-12-2023  
Date de fin: 05-12-2023  
Date de saisie: 05-12-2023  
Évènement:

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires ajoutés

Date

11-12-2023

Commentaire

Ok pour 12 séances de kiné pour entorse de l cheville





Centre de Rééducation

KINEZ

Nezha Draidry

Facture N°07/2024

- Prénom et Nom : *Mme khatib majida*
- Désignation des actes suivant nomenclature : 15AMM
- Nombre de séances : 12
- Montant total des honoraires : 1800 DHS
- Arrêter la présente facture à la somme de : Mille huit cent dirhams
- Détails des séances :

1. Le03-01-2024
2. Le 08-01-2024
3. Le 10-01-2024
4. Le 12-01-2024
5. Le15-01-2024
6. Le 17-01-2024
7. Le 19-01-2024
8. Le22-01-2024
9. Le 24-01-2024
10. Le 26-01-2024
11. Le 29-01-2024
12. Le 31-01-2024

Casablanca le 31/01/2024

KINEZ SARL : Adresse 117 Av. 2 Mars Angle Rue De Rome  
N .35 Etg 2 - Casablanca

Tél : 05 22 82 15 80 E-mail : Nezhadraidry1@gmail.com  
T.P. : 34 45 02 49 I.F. : 31 86 54 20 ICE : 002161702000013

KINEZ - DRAIDRY NEZHA  
Kinesithérapeute  
117, Av. 2 Mars Angle Rue de Rome  
N° 35 Etg 2, Casablanca  
Tél : 0661 47 28 62 / 0522 82 15 80



Centre de Rééducation

**KINEZ**

Nezha Draidry

**Devis N° : 2023**

Nom et prénom : *Mme Khatibi Rajola*

Diagnostic : *Entorse grave LLE cheville Gauche*

Médecin Taitant : *Dr. Sennoune Bilal*

Désignation des actes suivant nomenclature : *15 ADM*

Nombre de séances : *12*

Montant total des honoraires : *1800 Dhs*

Arrêter le présent devis à la somme de :  *mille huit cent  
deux cents*

casablanca le : *04 - 12 - 2023*

KINEZ SARL : Adresse 117 Av. 2 Mars Angle Rue De Rome  
N.35 Etg 2 - Casablanca

Tél : 05 22 82 15 80

E-mail : *Nezhadraidry1@gmail.com*

T.P. : 34 45 02 49

I.F. : 31 86 54 20

ICE : 002161702000013

