

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.

Diagnostic 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M21- 063499

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4105 Société : 99161

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHALISS NOUREDDINE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HARFAOUI Abdennaceu
Professeur
Chirurgie Traumatologique Orthopédique
Clinique Racine Casablanca
Tél : 05 22 36 22 42
Email : h.harfaoui@hotmail.com

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pelhese Tolo gauche

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) :

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

Dr. HAKBA GEL Abdelhak
 Professeur
 Chirurgie Traumatologique Orthopédique
 Clinique Rocher Casablanca
 Tel: 05 22 36 22 42
 Email: h.hakba@gmail.com

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	
CENTRE DEZZAN DE KINESITHERAPIE 171 Rue Haj Omar Rini Casablanca Tel: 05 22 31 83 59	04/03/22	30				62000 Sh

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport
Traitement de la douleur

Abderrahim DEZZAZ

Professeur Agrégé en Physiothérapie
Diplômé de l'Université de Bruxelles

BENDAHMOUNE OUASSILA

CASABLANCA

SARL au Capital de	500.000,00 DH
RC	423525
AUTORISATION N°	5113 du 10/07/2017
PATENTE N°	34257424
IF	33632533
ICE	002182423000042
CNSS	1362804

Facture N°
FA22/0035

Date
07/03/2022

Patient
0967

Assurance Patient
MUPRAS

Quantité	Désignation	P.U. HT	Montant HT
30	Séance de kinésithérapie AMM10 + AMM10/2 + IR x 0,75	200,00	6 000,00
1	Pack d'électrodes jetables	200,00	200,00

NET A PAYER

6 200,00

Arrêté la présente Facture à la Somme de :

six mille deux cents Dhs

CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
171 Rue Hadj Omar Riffi
Casablanca
Tél: 05 22 31 83 59



CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport
Traitement de la douleur

Abderrahim DEZZAZ

*Professeur Agrégé en Physiothérapie
Diplômé de l'Université de Bruxelles*

Calendrier des séances de kinésithérapie

	DATE SEANCE	NOM ET PRENOM
1	17/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
2	18/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
3	20/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
4	21/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
5	24/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
6	25/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
7	27/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
8	28/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
9	31/01/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
10	01/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
11	03/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
12	04/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
13	07/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
14	08/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
15	10/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
16	11/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
17	14/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
18	15/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
19	17/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
20	18/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
21	21/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
22	22/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
23	24/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
24	25/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
25	28/02/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
26	01/03/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
27	02/03/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
28	04/03/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
29	05/03/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA
30	07/03/2022	BENDAHMOUNE OUASSILA

CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
171 Rue Hadj Omar Riffi
Casablanca
Tél: 05 22 31 83 59