

## 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.

**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° W19-434161

M-S F KINE

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1582      Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : .....

Nom & Prénom : SEHAR HARRIS

Date de naissance : 8-10-72

Adresse : .....

Tél. : 0661330064      Total des frais engagés : 6500      Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/07/2019

Nom et prénom du malade : DEPALI JARIA      Age : 60

Lien de parenté :       Lui-même       Conjoint,       Enfant

Nature de la maladie : Carcinome mammaire métastatique

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 : 10 SEP 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

**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
10/07/19	G		3000	

**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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	07/08/19					15 X 3000
						6.500 DHS

**RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES**

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

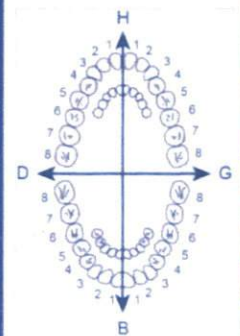
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F. PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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





**Nawal EL GHORFI HAKAKAT**  
CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE OCEANIQUE

**Nawal EL GHORFI HAKAKAT**

Kinésithérapeute - Physiothérapeute D.E

Casablanca, le 07/08/2019

**DEVIS :**

Je soussignée, M<sup>me</sup>. EL GHORFI HAKAKAT  
Nawal, certifie que M<sup>me</sup> *Defati Maria*, nécessite  
*15* séances de rééducation pour *renforcement musculaire*  
*sur les 4 membres*  
sur indication du docteur *N. Bouik* et ceci à raison  
de *3000* dirhams la séance. (*à domicile*)

**Total :** *3000* x *15* = *45000* DHS

**Soit :** *15* x AMM<sub>9</sub>

*201582*

EL GHORFI Nawal  
Kinésithérapeute D.E.  
19, rue Masmouda (rue n°2)  
Hay El Hanaâ - Casablanca  
Tél : 05 22 39 88 74

RADIOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
RADIOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINACS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكميائي الباطني - الإستشفاء

CASABLANCA, LE 10/07/15

الدكتورة نوال بويه  
Docteur Nawal BOUIH  
إخصائية في العلاج بالأشعة  
RADIO-ONCOLOGUE

The Dafeli Team

15 séances de kinésithérapie  
des 4 membres.

Au radiothérapie stéréotaxique  
se FCP.  
Avec table de l'équilibre

Dr N. BOUIH  
Radio-Oncologue  
INP : 99102380  
Centre Al Kindy - Casablanca

Medecin :

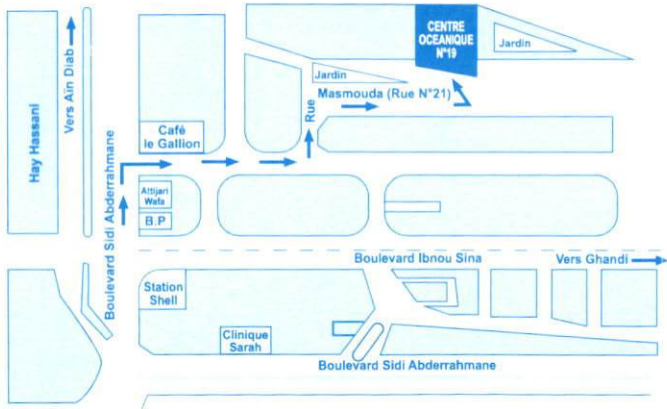
N°	Jours	Dates	Heures	Type
1	Lundi	05/08/19		
2	Mardi	07/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
3	Mardi	08/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
4	Vendredi	09/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
5	Samedi	10/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
6	Jeu	015/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
7	Vendredi	16/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
8	Samedi	17/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
9	Lundi	19/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
10	Jeu	29/08/19	11 <sup>h</sup> 30	

Traitement:

Nbre séance:

	Jours	Dates	Heures	Type
11				
12	Samedi	24/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
13	Lundi	26/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
14	Mardi	27/08/19	11 <sup>h</sup> 30	
15	Mardi	28/08/19	12 <sup>h</sup> 30	
16	Vendredi	30/08/19	12 <sup>h</sup> 30	
17				
18				
19				
20				

En cas d'empêchement, merci de prévenir 24 heures à l'avance



## CENTRE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE OCEANIQUE

Mme. Nawal EL GHORFI HAKAKAT  
Kinésithérapeute D.E.

M: *me Defati Maria*

Villa 19, Rue Masmouda (Rue 21) Hay El Hanaâ - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 39 88 74 / Gsm: 06 61 67 70 96

Site web : [www.casakine.com](http://www.casakine.com) - Email : [info@casakine.com](mailto:info@casakine.com)