

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 14 CT Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUHEN BRAHIM

Date de naissance : 01/06/1954

Adresse : N°14 lot 8d Harem Hay ML Rachid 1

Tél. : 0664 94 12 31 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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....



### 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

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
JIHAD AZIQUI KINESITHERAPEUTE ICE: 00306059800094	07/03/23					1 session x 120 DH = 1200 DH

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

# Docteur Mohámméd YOUSSEF

الدكتور محمد يوسف

Chirurgie Orthopédique, Traumatologique  
Chirurgie des Maladies Rhumatismales  
Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux  
Médecine de travail, Strasbourg  
Ex Chef de Service de Chirurgie  
et Directeur de l'Hôpital Mohamed V  
Casablanca



جراحة العظام والمقالات  
جراحة أمراض الروماتيزم  
خبير طبي محلق لدى المحاكم  
طب الشغل ستراسبورغ  
رئيس قسم الجراحة سابقًا  
ومدير بمستشفى محمد الخامس  
الدار البيضاء

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

18 FEV 2023

Mougen Brahim

Dr. Med YOUSSEF  
Tél 031139444

Lei heeft  
speciale Dr -  
Sc. med. ges.

- Reeducation

speciale Dr

Mougen Brahim  
Dr. Mohammed YOUSSEF  
Spécialiste  
Orthopédie / Traumatologie  
Tél. 022-83.83.13-Casa

# Cabinet de kinésithérapie la grande ceinture

## Facture

Casablanca, le 07/02/2013

Nom/prénom : Moumen Brahim

JIHAD AZQUI  
KINESITHERAPEUTE  
ICE: 003060598000094

Date de prescription : 10/02/13

Assurance : M.U.P.R.A.S.

## Soins de rééducation

Rééducation pour : tendinité de l'épaule droite

Séances : 10 séances

Honoraires : 120 DH

Appareillages :

Montant total :

1200 DH

JIHAD AZQUI  
KINESITHERAPEUTE  
ICE: 003060598000094

21- à  
22- à  
23- à  
24- à  
25- à  
26- à  
27- à  
28- à  
29- à  
30- à

## Cabinet de Kinésithérapie

Nom

Diagnostic :

Nombre de Séances :

**Carnet des Rendez-vous**

76, Résid Al Khair Appt 114 Bd Gd Ceinture Hay Mohammadi - Casablanca

Tél.: 05 26 65 00 65 - Gsm : 06 62 16 35 01

1- 14/03/93 à  
2- 20/03/93 à  
3- 22/03/93 à  
4- 24/03/93 à  
5- 27/03/93 à  
6- 29/03/93 à  
7- 31/03/93 à  
8- 03/03/93 à  
9- 05/03/93 à  
10- 07/03/93 à

JIHAD AZQUI  
INESITHERAPEUTE  
ICE: 00306059800009\*

11- à  
12- à  
13- à  
14- à  
15- à  
16- à  
17- à  
18- à  
19- à  
20- à