

# 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 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

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 : 11.67 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUMEN BRAHIM

Date de naissance : 01.06.1954

Adresse : N° 11, lotissement ouled hassen, Hay MLY Aachid 1  
Casablanca

Tél. : 066.6.96.12.31 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
de ZOHRA LAADRAOUI KINESITHERAPEUTE D.E. nés. A 14 Avenue Imm. 309 n°1, Casa - Tel: 0522 66 57 38 SIREP: 065036683	Du 21/04/23 au 11/05/23	12 AMM 9 + $\frac{9}{2}$ à 100,96				12 x 100,96 = 1200,96

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

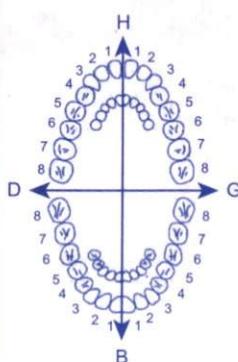
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553



## **(Création, remont, adjonction)**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Cabinet Laadraoui de kinésitherapie



عيادة العدراوي للترويض الطبي

Zohra Laadraoui

الزهرة العدراوي

KINESITHERAPEUTE D.E

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

Casablanca, le

11/05/2023

الدار البيضاء، في

Facture N°: 021/2023

Nom : M<sup>e</sup> MOUMEN Brahim .....

Nature de la maladie : Capsulite Epaule droite .....

Type et siège : Rue du caté..... Epaule droite .....

Nombre total des séances : 12 séances .....

Rythme et fréquence : 3 séances par semaine .....

12 Séances de rééducation, massages et électrothérapie.

AMM du 21/04/2023 au 11/05/2023

12 Séances x 100 = 1200 Dhs

Facture arrêtée à la somme de : Mille deux cent dirhams

Mme ZOHRA LAADRAOUI  
KINÉSITHERAPEUTE D.E  
Rés. Al Mouahidine Imm. 309  
N°1, Casab - Tel: 0522 66 57 38  
INPE: 065036683

Imm. 309, Bd de la Grande Ceinture, N° 1, Résidence Al Mouahidine, Casablanca

Email: zohralaadraoui59@gmail.com Fixe: 0522665738 GSM: 0661429379

Patente: 31800726 IF: 48028990 CNSS: 4439468

ICE: 003247097000085 INPE: 065036683

# عيادة العدراوي للترويض الطبي

## Cabinet Laadraoui de kinésithérapie

Mme Zohra LAADRAOUI  
KINESITHERAPEUTE D.E



الزهرة العدراوي

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

### BULLETEIN DE TRAITEMENT

Non et prénom

: M<sup>g</sup> MOUHEN Brahim

Diagnostic

: Capsulite épaule droite

Médecin Traitant

: Dr YAHIA.

12 séances 3 fois/semaine

Date	Date	Date
25.4.23		
26.4.23		
27.4.23		
28.4.23		
29.4.23		
2.-5.23		
4.-5.23		
6.-5.23		
8.-5.23		
9.-5.23		
10.-5.23		
11.-5.23		

Mme ZOHRA LAADRAOUI  
KINÉSITHÉRAPEUTE D.E  
Rés. AI M'diq Avenue Imm.309  
N°1, Casablanca Tel: 0522 66 57 38  
INPE: 065036683