

# 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'Unité  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-012374

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 888 Société : 160916  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : LAHRACH Belq  
Date de naissance : 06.06.48  
Adresse : 14, Bl Med Abdou Palmier CASA  
Tél : 06.64.860.960 Total des frais engagés : 3000,00 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 : CASA le 15/06/23 Le : 15/06/2023  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Date 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 - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

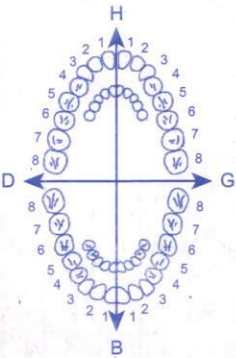
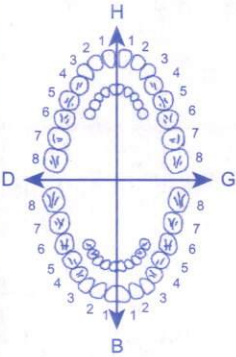
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	14/06/23	15	AMM	x	200 =	3000 dhs
	facture ci joint					

### 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 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </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



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 18/05/23

Mme LAHRACH BACHA

Anter de la mallule exte  
+ la chule ste

R p r s  
verde + la chule

Dr. Mounsif BIROUK  
Chirurgies Orthopédiste  
Clinique Zerktoni (C) Casablanca  
Angle Bds 9 Avril et Med Abdou





Mr Echcherfi Mohamed hamza

Kinésithérapeute- physiothérapeute

Diplômé de l'ESK Casablanca

Rééducation Neurologique, Traumatologique,

Gériatrique, Rhumatologique, Pédiatrique

Neuro-pédiatrique, Uro-gynécologique

Casablanca le : 14/06/2023

### Planning d'exécution des séances de MME LAHRACH BADIA

N° Séance	Date
1	17/05/2023
2	19/05/2023
3	20/05/2023
4	22/05/2023
5	24/05/2023
6	26/05/2023
7	29/05/2023
8	31/05/2023

N° Séance	Date
9	01/06/2023
10	03/06/2023
11	05/06/2023
12	07/06/2023
13	09/06/2023
14	12/06/2023
15	14/06/2023

**ECHCHERFI Mohamed Hamza**  
 Kiné - Quiétude  
 Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
 3, Rue Oulad Said, 1<sup>er</sup> Etage, N°2  
 Bourgogne - Casablanca  
 Tél: 0522 47 03 21



kiné-Quiétude

Mr Echcherfi Mohamed hamza

Kinésithérapeute- physiothérapeute

Diplômé de l'ESK Casablanca

Rééducation Neurologique, Traumatologique,

Gériatrique, Rhumatologique, Pédiatrique

Neuro-pédiatrique, Uro-gynécologique

Casablanca le : 14/06/2023

### **FACTURE N°56/23**

Facture à l'ordre De **MME LAHRACH BADIA** pour 15 séances de rééducation

Total Facture : 15 AMM \* 200 Dhs = 3000 Dhs (Trois Mille Dirhams).

**ECHCHERFI Mohamed Hamza**  
**Kiné - Quiétude**  
**Kinésithérapeute - Physiothérapeute**  
**3, Rue Oulad Said, 1<sup>er</sup> Etage, N°2**  
**Bourgogne - Casablanca**  
**Tél: 0522 47 03 21**

3, rue Oulad Said Résidence Bouarfa, 1<sup>er</sup> étage n°2, Quartier bourgogne, Casablanca

TEL : 05 22 47 03 21 / GSM : 0679 794 794 E-mail : kinequietude@gmail.com

R.C n° 411214 / Patente n° 30260962 / I.F : 14478793 / ICE : 001686420000012

INPE : 065036824