

# 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.

M22- 0059692

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16 67 Société : 16 4921

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUHEN Brahim

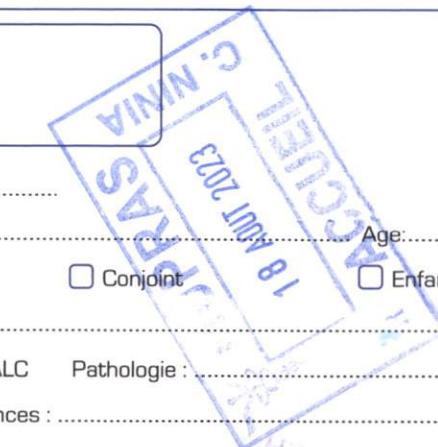
Date de naissance : 01-06-1954

Adresse : N°14 lot couped haren Hy Mly Rachid 1 casablanca

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.

Le : ..... / ..... / .....

#### **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**

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	
Mme Nadia CHMICHA VINÉSITHÉRAPEUTE D.E N° 5, Al Mouahidine, Imm. 309 N° 2, Casablanca, Tel: 0522 66 57 38 INPE: 065036667	Dim, 15/06/13 A.R., 12/07/13 A.R., 19/07/13	10				100 Dhs 100 Dhs 1000,00 Dhs

#### **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

The diagram illustrates a dental arch with 16 numbered teeth (1 through 8) arranged in two rows. The upper row has teeth 1 through 8 on the right side and 8 through 1 on the left. The lower row has teeth 1 through 8 on the right side and 8 through 1 on the left. Points H, G, D, and B are marked: H is at the top center, G is at the bottom center, D is on the far left, and B is on the far right. Arrows indicate a clockwise direction from D to G, from G to B, from B to H, and from H back to D.

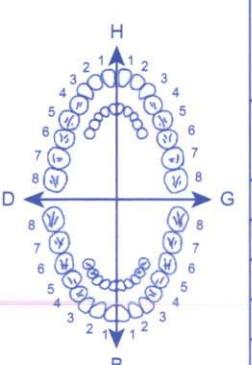
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

tionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <b>G</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <b>B</b>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>  <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>  <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	25533412	21433552								
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession										

# Kinesithérapie Electrothérapie Al Mouahidine

الترويض الطبي المعالجات الكهربائية الموحدين



Nadia CHMICHA

نادية شميشة

KINESITHERAPEUTE D.E

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

Casablanca, le ..... 02/08/2023 ..... الدار البيضاء, في

Facture N°: 116 / 2023

Nom : MOUHSEN BRAHIM

Nature de la maladie : Capnolite épaule droite

Type et siège : Rééducation épaule droite

Nombre total des séances : 10 séances

Rythme et fréquence : 3 fois / Semaine

..... 10 Séances de rééducation, massages et électrothérapie.  
10 séances

..... Dur: 19/08/2023 Fin: 12/09/2023

10 Séances x 100 Dhs = 1000,00 Dhs

Facture arrêtée à la somme de : 1000 dirhams

Mme Nadia CHMICHA  
KINÉSITHÉRAPEUTE D.E  
Rés. Al Mouahidine Imm. 309  
N°2, Casa - Tél: 0522 46 57 38  
INPE: 065036667

Imm. 309, Bd de la Grande Ceinture, N° 2, Résidence Al Mouahidine, Casablanca

Email: chmichanadia55@gmail.com Fixe: 0522665738 GSM: 0661181791

Patente: 31836527 IF: 48036650 CNSS: 6598702

ICE: 001674489000012 INPE: 065036667

الترويض الطبي المعالجات الكهربائية الموحدين

Kinésithérapie Electrothérapie Al Mouahidine



الزهرة العدراوين

M<sup>me</sup> Zohra LAADRAOUI  
0661 42 93 79

نادية شميشة

M<sup>me</sup> Nadia CHMICHA  
0661 18 17 91

Kinésithérapeutes DE

## BULLETIN DE TRAITEMENT

Nom et Prénom

.....  
*Mouahidine*

Diagnostic

.....  
*Céphalgie*

Médecin Traitant

.....  
*Dr YAHIA*

Imm. 309, N°2, Bd. de la Grande Ceinture, Résidence Al Mouahidine  
Casablanca - Tél.: 0522.66.57.38

10 sessions

Date	Date	Date
19/06/23		
21/06/23		
23/06/23		
26/06/23		
30/06/23		
03/07/23		
05/07/23		
07/07/23		
10/07/23		
12/07/23		

