

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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 : 9233

Société : ROM (RETRAITÉ)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SABER

SOMMIA

Date de naissance :

10/03/1962

Adresse :

18 Rue El Nassarine Résidence Kiflwaneyy Opposite  
Parc Royal Casab

Tél. : 0666289893

Total des frais engagés : # 18.00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

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 : Casab

Le : 18/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



SOMMIA

8

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

## **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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Marouane Kingsherapteur 18, Rue Tibrada GSM: 06228777 		Denis 16	Hours			1. Séances 11Pc Médecine 10% S
		fraction	12	Den 03		
					- 1800,00	2400,00

## 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

The diagram shows a circular arrangement of 16 numbered circles (1 through 8) on a coordinate system. The circles are arranged in four concentric layers. The outermost layer contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The next layer in contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The innermost layer contains circles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, and 8. The innermost circle is labeled 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. Arrows indicate the cardinal directions: North (H), South (B), East (G), and West (D).

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le :

19/6/2023

Saber Sounia

Pom sol

Mécan

Chir

+ on place un stich

pour fermer

nb merci

Pr CHAGOU Aniss  
Orthopédi-Traumatologie  
INP : 09107519  
Tél : 06 61 25 25 72

Calendrier

Salé le : 21/07/2023

NOM ET PRENOM : SABER SOUNSA

N° de séance	DATE
1	07/07/2023
2	08/07/2023
3	10/07/2023
4	11/07/2023
5	12/07/2023
6	13/07/2023
7	14/07/2023
8	15/07/2023
9	17/07/2023
10	18/07/2023
11	20/07/2023
12	21/07/2023
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Cachet et signature

Samarina House  
Physiotherapy  
18 Rue Tabouk, Hay Sbihi  
Tabriquet-Salé

**FACTURE**

Salé le : 07/07/2023

Nom et prénom : SALOUA ou SAWA

1 séance de rééducation fonctionnelle à ..... 110,- DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées..... 12 .....

Arrété la présente facture à la somme de ..... 1320,- DHS

..... Quel montant devra ....

--patente : 290 19 349

--I.F : 40484828

--I.C.E : N°000828680000048

Identité bancaire : 181 815 2111107313190006 25

(Banque populaire à salé)

**Non affilié à la CNSS**

**Cachet et signature:**

Marouane HOBAIZI  
Kinésithérapeute  
18, Rue Tabouk, Hay Sbhi  
Rez-de-Chaussée Tabriquet-Salé  
GSM: 06 65 22 87 77 / 05 38 85 34 84

18 Rue Tabouk, Hay Sbhi Tabriquet-Salé-Gsm : 06 65 22 87 77

E-Mail : hobaizimarouane@gmail.com

Marouane HOBAIZI

ماروان هوبائي

Kinésithérapeute &  
Physiothérapeute

اختصاصي في التزريض الطبي  
و العلاج الفيزيائي

## DEVIS

Salé le \_\_\_\_\_ :

NOM ET PRENOM : *Marouane HOBAIZI*

1 séance de rééducation fonctionnelle à *110,00 DHS*

Nombre de séances prescrites ou suggérées ... *16*

arrêté le présent devis à la somme de *1420,00*

*les mille quatre cent dinars*

--Patente : 290 19 349  
-- I.F : 40484828  
-- I.C.E : N° 000828680000048

Cachet et signature

