

# 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.

## adiologie 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.

## ééducation :

- 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

CA

## Déclaration de Maladie : N° S19-0001561

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

16475) Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12345 Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ATTIF SOUFIANE Date de naissance : 01.03.1982

Adresse : LOT AL KHOURATI N° 11 MM 09 Agpt S. H. L. G. A.

Tél. : 06 61 11 86 Total des frais engagés : 1400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Abdelhalim HARI**  
Kinésithérapeute  
32, Rue Bl Houd Houd Apt. N° 2  
Casablanca - GSM : 05 22 26 75 33

Date de consultation : 08/01/2020

Nom et prénom du malade : Attif Soufiane Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Lombalgie

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 : / /

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**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

本节由 [王雷雷](#) 整理，更多内容请访问 [我的个人网站](#)，感谢您的支持！

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 14/11/2010

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : ..... e-mail : ..... Phones : .....

Nom et Prénom de l'adhérent : .....

Nom et Prénom du bénéficiaire : .....

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : .....

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Soufiane ATT

Nécessite ostéosynthèse de l'ensemble des fractures postopératoires

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Kim S. 12

Une hospitalisation de (approximatif) .....

A (préciser l'établissement hospitalier) .....

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Lombalgie chronique. Son impression  
a compléter par ostéosynthèse de rachis

Cachet, date et signature du praticien

DR. JAMAL DINE EL AHMADI  
21, Avenue de l'Indépendance  
Maladies et Chirurgie  
des Os et des Antépateléons  
2ème étage - 478 - 06 61 34 19 88  
Tél. : 0522.22.78.15

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Docteur Jamal Dine EL AHMADI

الدكتور جمال الدين الأحمدى

**Chirurgien Spécialiste**  
Maladies et Chirurgie Os & Articulations  
Traumatologie du Sport  
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

طبيب جراحي  
أمراض و جراحة العظام و المفاصل  
جراحي بمستشفيات باريس سابقا  
جراحة الروماتيزم

Marrakech, le : الخميس في : مراكش

## REALABLE

Dr. John C. H. Smith, M.D.  
1200 Main Street, Suite 100  
Wichita Falls, Texas 76301  
(806) 763-1200

Scaphisoma A.T.N. p.

of fine streaks.

shrub-like panniered

As : louisburg Engine

+  $\pi$  out of phase

2، زنقة عبد الوهاب الدراقي، جيليز مراكش (أمام المستعجلات - مستشفى ابن طفيل)  
2, Rue Abdelouahab DARRAK- Guéliz - Marrakéch - (Face Urgences - Hôpital Ibn Tofail)  
Tél. : 05 24 438 478 - GSM : 06 61 34 19 69 - Email : dr.jdelhmad@gmail.com

ponderer

du médecin conseil

Spineless.

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Cabinet Kinésithérapie  
Abdelhalim HARTI  
PHYSIOTHÉRAPEUTE - KINESITHERAPEUTE  
Diplômé de l'Université des Sciences et Médecine de Tunis  
Ancien kinésithérapeute au CH Ibn Rochd Casablanca

Patente 34204551  
ICE 001857236000039

Casablanca, le 08 01 2020

## FACTURE

Nom et prénom : Attif Soufiane

Medecin prescripteur : Dr ElAhmadi

Nombres de scéances : 7

Prix de la séance : 200,00 Dhs

Montant facture : 1 400,00 Dhs

  
Abdelhalim HARTI  
Kinésithérapeute  
32, Rue El Houd Houd App. N° 2  
Casablanca - GSM : 05 22 26 75 55

	JOUR	DATE	HEURE
1e	Mercredi	18 12	18h00
2e	Lundi	23 12	18h00
3e	Jeudi	26 12	18h00
4e	Lundi	30 12	18h00
5e	Jeudi	02 01	18h00
6e	Lundi	06 01	18h00
7e	Mercredi	08 01	18h00

SUR  
RENDEZ  
VOUS

	JOUR	DATE	HEURE
8e			
9e			
10e			
11e			
12e			
13e			
14e			

Abdelhalim HARTI

8e  
Néogypse  
Khalid Houd  
22 Rue El Gashara - GSM : 06 77 77 73 35

ABDELHALIM HARTI  
Néogypse  
22 Rue El Gashara - GSM : 06 77 77 73 35