

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 à caractère 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03532

Société : roya

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Nabi Mostafa

Date de naissance : 10.09.1955

Adresse : Rue centrale n° 1 - Casab

Tél. : 0661888644 Total des frais engagés : 1500,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Habi Mostafa Age : 1855

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : prothèse de jambe

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 : 2020-03-20 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	
<i>CENTRE KALIE MED SALAMHANAH AIN CHOK CASABLANCA 180/184 Bd Jelkha Zor. SAMIA Tél. 0662 30 30 72</i>	10/03/2020	10 (AM+PC+IM)				Ru 150,00 DH
						TOTAL 150,00 DH

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
D 00000000		B 35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الدار البيضاء، في 13-12-59  
Casablanca, le :

Gorontho d'ur -

Spolm l'elal de fer d'

Pla n'si de redres  
de fer d'



C

# CENTRE KINEMED

King  
med

FACTURE N° : K2020057

BOUKIDDOUSS AMINA

Code Client : 000413

Casablanca le, 10/03/2020

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant
	DEVIS POUR DES SEANCES DE REEDUCATION  SOUS PRESCRIPTION DU DR  DR .KARIM AHED  UN ACTE COTE A LA NOMENCLATURE  AMM9= 150 DH  UNE SERIE D'ACTES COTES A LA  (AMM9+IR) DU 22/01/2020 AU 10/03/2020	10.00	150.00	1 500.00

TOTAL

1 500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
MILLE CINQ CENTS DH.

Séance	Jour	Date	Heures	Type séance
1 <sup>ère</sup>		22	11	2020
2 <sup>ème</sup>		24	11	2020
3 <sup>ème</sup>		28	11	2020
4 <sup>ème</sup>		3	21	2020
5 <sup>ème</sup>		6	21	2020
6 <sup>ème</sup>		12	21	2020
7 <sup>ème</sup>		24	21	2020
8 <sup>ème</sup>		27	21	2020
9 <sup>ème</sup>		3	3	2020
10 <sup>ème</sup>		10	3	2020

CENTRE KINE MED  
 SALAM HAMNE  
 180/184 Bd. Tachka Lot. SAMIA  
 AIN CHOK CASABLANCA  
 Tel.. 0662 30 50 72

Séance	Jour	Date	Heures	Type séance
11 <sup>ème</sup>				
12 <sup>ème</sup>				
13 <sup>ème</sup>				
14 <sup>ème</sup>				
15 <sup>ème</sup>				
16 <sup>ème</sup>				
17 <sup>ème</sup>				
18 <sup>ème</sup>				
19 <sup>ème</sup>				
20 <sup>ème</sup>				