

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ladie 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1273

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MANSOUR Ahmed

Date de naissance : 01/10/1949

Adresse : Lissar Pa lot Agence Urbaine N° I/46  
Casablanca

Tél. : 06 69 11 30 67

Total des frais engagés : 1800 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MANSOUR Ahmed

Age : 52

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Cancer

DT

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 : 04/05/21

Signature de l'adhérent(e) : Y.H.A

## 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 Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

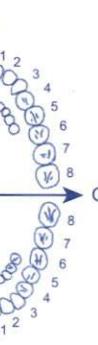
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KINE CONCEPT 13 RUE HASSANE HAY EL HAMMA CASABLANCA Tél : 05 22 36 29 47	09/04/21 <u>FACTURE</u>	A MM	A 50 x 12 =	1800 Dhs		

## 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 d

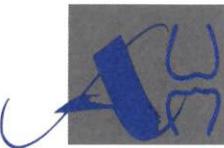
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Dr. Noureddine AMRI  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
Diplômé de la faculté de médecine  
de Montpellier

ARTHROSCOPIE  
CHIRURGIE PROTHÉTIQUE  
CHIRURGIE DE LA MAIN  
CHIRURGIE DE LA POLYARTHRITE RHUMATOÏDE  
MICROCHIRURGIE  
CHIRURGIE DES NERFS PÉRIPHÉRIQUES  
CHIRURGIE DU SPORTIF



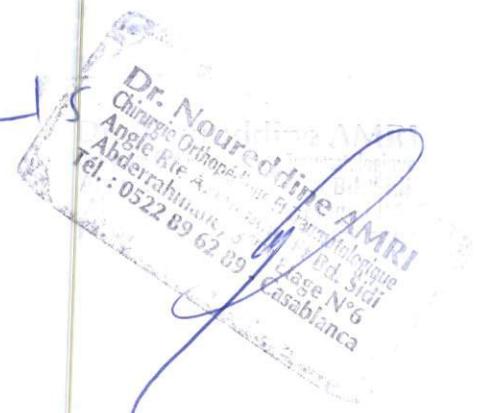
الدكتور نور الدين العامري  
إختصاصي في جراحة  
العظام و المفاصل  
خريج كلية الطب بمونبولي  
طبيب سابق بمستشفيات فرنسا  
جراحة أمراض الروماتيزم  
جراحة المفاصل بالمنظار  
جراحة اليد  
الجراحة التقويمية

Le :

15/03/64

M Monsema Ahmed

Taux 12 secondes de kin  
de la Cervix droite (Schiffberg)  
- Message relaxant  
- Mobilité  
- Physio, U.S.



KINE CONCEPT  
13 RUE MASSANE HAY  
EL HAMA CASABLANCA  
Tél : 05 22 36 29 47



L'adresse de votre bien-être !

Rééducation en  
Neurologie • Pédiatrie • Rhumatologie  
Traumatologie • Gériatrie • Uro-gynécologie  
Kinésithérapie Respiratoire

Drainage lymphatique  
Amincissement et suivi nutritionne  
Bien être et remise en forme

Casablanca, le : 09 / 04 / 2021

## Facture

N° 05

La somme de : mille huit cent dinars

Pour une série de : 12 Séances de : rééducation

fonctionnelle de la cuisse droite

Adressée à : MANSOUR AHMED

Durant la période du : 16/03/2021 au : 09/04/2021

Sur ordonnance du Docteur : Noureddine AMRI

KINÉ CONCEPT  
13 RUE HASSANE HAY  
EL HANA CASABLANCA  
TEL : 05 22 36 29 47