

## 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.

### Biologie 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



Déclaration de Maladie : N° P19- 0002952

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2712 Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUALILI Abdel Date de naissance : 11-06-58

Adresse : 217 CGR Ville Verte Boussoufra

Tél. : 0661181609 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 :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

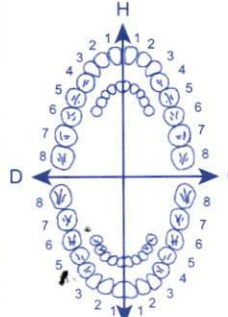
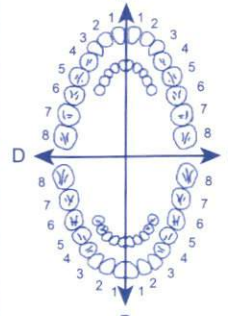
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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 canalaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|---|--|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|---|
|    |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table> |                  | H           | H   | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | B | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|   | H  | H                |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   | 25533412   | 21433552         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   | D  | G                |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   | 00000000   | 00000000         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   | 35533411   | 11433553         |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   | B  | B                |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |
|   |  |                  |             |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |   |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT



## Cabinet de Rééducation

Résidences Al Moustakbal GH46 Imm 415,

Appt 2 RDC - Sidi Maârouf - Casablanca

Tél: 05 27 73 67 28 / 07 07 03 78 80

Mme ZARHOUNI KHADIJA

| N° | Date     | H |
|----|----------|---|
| 1  | 09-06-21 |   |
| 2  | 11-06-21 |   |
| 3  | 14-06-21 |   |
| 4  | 16-06-21 |   |

|    |            |  |
|----|------------|--|
| 5  | 18. 06. 21 |  |
| 6  | 21. 06. 21 |  |
| 7  | 23. 06. 21 |  |
| 8  | 25. 06. 21 |  |
| 9  | 28. 06. 21 |  |
| 10 | 30. 06. 21 |  |
| 11 | 02. 07. 21 |  |
| 12 | 05. 07. 21 |  |
| 13 | 07. 07. 21 |  |
| 14 | 09. 07. 21 |  |
| 15 | 12. 07. 21 |  |



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل

CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

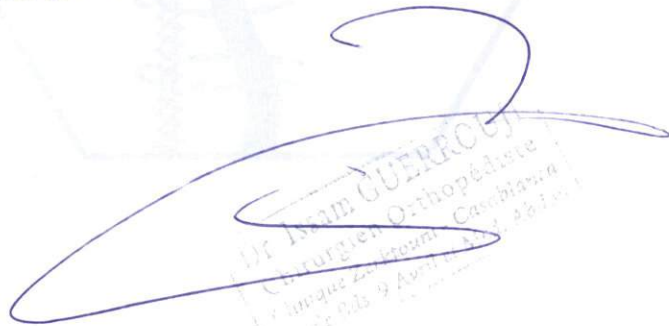
Casablanca, le : 03.05.2021

ZARHOUANI KHADIJA

15 séances de rééducation

03/5 semaine pour fracture

Bimalléole. Cheville. Dt





ALIBOU Ahmed

Kinésithérapeute physiothérapeute

Ex Enseignant à l'Ecole

Supérieure de Kinésithérapie



أحمد عليبو

أخصائي في الترويض الطبي

أستاذ سابق بالمدرسة العليا

للترويض الطبي

Casablanca le: 12-07-2021

Nom et Prénom: M<sup>me</sup> ALIBOU Khadija

Médecin Prescripteur: Dr. J. GUERROUJI

Nombre de Séances: 12

Prix de la Séance: 20,00 Dh.

Total: 240,00 Dh.

Je présente ci-dessus et met à la  
disposition de monsieur mille deux cents Dh.

Ahmed ALIBOU  
KINÉSITHÉRAPEUTE  
Résidences Al Moustakbal GH 46 Imm. 415  
2 RDC Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél: 05 27 73 67 28 - GSM: 054 67 73 67

Résidences Al Moustakbal GH46 Imm 415, Appt 2 RDC - Sidi Maârouf - Casablanca

Tél: 05 27 73 67 28 / 07 07 03 78 80 - Patente: 36145459 - IF: 40225824 - ICE: 001693480000094

63677

pour pcc

7<sup>e</sup> 2712

objet cause et circonstance

son épouse est partie les deux enfants  
entraînent comme à l'habitude, se sont posés  
dans la maison.



MUPRAS  
ACCUEIL