

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

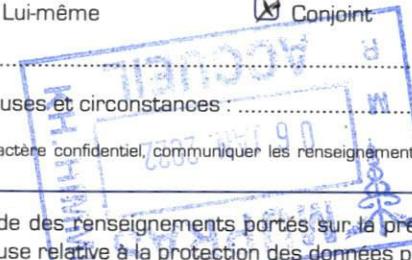
La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com



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 - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE KINÉMA Kinéthérédopie & Rééducation fonctionnelle Bd Ghandi 16 Rue Jules Ferry Casablanca Tél: 0524.39.77.70 AUT N° 1731	Du 30.09.21 Au 03.12.21		20 ANNS			3400.00 Net 1700.00 (mono)

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession.

The diagram shows a dental arch with upper and lower arches. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A horizontal arrow points from left to right, indicating a movement direction. The upper arch is labeled with 'H' at the top center.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR RACHID LARAKI

le 8/10/12

ANCIEN RESIDENT DU COLLEGE DE MEDECINE
DES HOPITAUX DE PARIS

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTE
DE PARIS VI (PITIE-SALPETRIERE)

MEDECINE INTERNE

n° Shchagel
flute d'orgue

Kine-Moyen

32 ans

Rachis lombaire

physiothérapie et mobilisation
et renforcement de
centrales-bas-chaudaud



الدكتور رشيد العرافي
Dr Rachid LARAKI
Médecine Interne
900, Bd Brahim Roudani, Maarif, 20330 Casablanca
Tél. : 05 22 98 15 00 - 14 07 - 12 00 : 05 22 98 14 07

FACTURE N ° 101/2021

La somme de : 3400Dhs (Soit 170Dhs/séance)

Pour une série de : 20 séances de AMM9.

Adressé à : Mme Slitine Shahrazed

Durant la période du : 30/09/2021 au 23/12/2021

Pour rééducation d une cervicalgie et déséquilibre de la marche

Adressée par le Docteur : Hasna Azmi

Casablanca le : 27/12/2021

Avec mes remerciements,



Casablanca le : 27/12/2021

Compte rendu des séances de Mme Slitine Shahrazed

Date de la séance	Nombre de la séance	Prestation
Jeudi 30-09-21	1	Rééducation cervical
Lundi 04-10-21	1	Rééducation d'équilibre
Jeudi 07-10-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 28-10-21	1	Rééducation d'équilibre
Lundi 11-10-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 14-10-21	1	Rééducation d'équilibre
Lundi 18-10-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 21-10-21	1	Rééducation d'équilibre
Lundi 25-10-21	1	Rééducation cervical
Lundi 01-11-21	1	Rééducation d'équilibre
Jeudi 11-11-21	1	Rééducation cervical
Lundi 15-11-21	1	Rééducation d'équilibre
Lundi 22-11-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 25-11-21	1	Rééducation d'équilibre
Lundi 06-12-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 09-12-21	1	Rééducation d'équilibre
Lundi 13-12-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 16-12-21	1	Rééducation d'équilibre
Lundi 20-12-21	1	Rééducation cervical
Jeudi 23-12-21	1	Rééducation d'équilibre

20 séances



MINISTERE DE LA SANTE

MINISTERE DE LA SANTE
MURENCE, MINISTERE DE LA SANTE MAROC

le/...../.....

ENITE SMS le 20/10/2021 ACCORD POUR 20 SEANCES

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule: 0752 N° de poste:
Nom et Prénom de l'adhérent: SITIENE ELGHAR
MOULAY MOUNED
Nom et Prénom du bénéficiaire: DIAW ALMAADAWA
SALAH ZET
N° Tél bureau:
N° Tél domicile: 06.68.41.92.20

A remplir par le praticien

Je soussigné: Dr. El Hocine
Estime que l'état de santé de M^{me}, M^{me}, M^{me}: SITIENE ELGHAR
Nécessite: 32 journées
Un acte côté à la nomenclature: (préciser le coefficient) 32 ANS
Une hospitalisation de : (Approximatif) Centre Vincennes
A: (préciser l'établissement hospitalier)

Strictement confidentiel

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

cachet, date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Decision:

NB: cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 022-91-23-36/ 022-91-23-76

SIEGE SOCIAL: AEROPORTE CASA-ANFA-CASABLANCA

Tel: 022-91-23-36/ 022-91-23-76/ 022-91-26-49-01/ 022-91-26-49-03/ 022-91-28-83 Fax: 022-91-26-52

E-mail: Mupras.mor@wanadoo.com