

# 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.

## Radiologie 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3162 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHATIR HADDA

Date de naissance : 18.08.53

Adresse :

Tél. 06 59 60 9181

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 : RAM Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



## **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**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 <b>Praticien : Dr. H. BOURGEOIS</b> <b>Spécialité : Médecin généraliste</b> <b>Adresse : 15 Rue de Rome N°35 Etg 2, Casablanca</b> <b>Téléphone : GSM 0661472862</b>	<b>Date : 07/08/22</b> <b>Facture</b>			17 ANNUX 12		<b>#1800 F</b>

## 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'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ...19/07/2029

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 3169 e-mail : ..... Phones 0659609181

Nom et Prénom de l'adhérent : KHATIB HATIDA

Nom et Prénom du bénéficiaire : KHATIB HATIDA

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR ABDERRAHMANE KINESITHERAPEUTE

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Rassid Ichahib

Nécessite des séances de rééducation pour une lombalgie

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)



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) :

Cachet, date et signature du praticien

## 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.



Centre De Rééducation

KINEZ

Nezha Draidry

Facture N° 45/2022

- Nom et prénom : Rme Rajida Ikhathib
- Diagnostic : Lombosciatalgies
- Rédecin traitant : Pr. K. NASSAR
- Désignation des actes suivant nomenclature : ISANP
- Nombre de Séances : 12
- Montant total des honoraires : 1800 Dhs
- Arrêter la présente facture à la somme de mille huit cent dix-hams.
- Détails des séances :

① 11 - 07 - 2022  
② 13 - 07  
③ 15 - 07  
④ 18 - 07  
⑤ 20 - 07  
⑥ 22 - 07

⑦ 21 - 07  
⑧ 27 - 07  
⑨ 29 - 07  
⑩ 01 - 08  
⑪ 03 - 08  
⑫ 05 - 08 - 2022

CASA BLANCA, le 05-08-22



Devis

- Nom et prénom : R. Rajida Khatib
- Diagnostic : Lombosciatalgies
- Médecin traitant : Pr. K. NASSAR
- Désignation des actes suivant nomenclature : 15AMM
- Nombre de séances : 12
- Montant total des honoraires : 1800Dhs
- Arrêter le présent devis à la somme de : Huit cent dirhams

CASABLANCA, le 19 - 07 - 22



# مصحة الاختصاصات الشفاء

Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Laheen El Arjounie et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Tél.: 05 22 86 22 86  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

E-mail: Cliniqueachifaa@menara.ma

Casablanca, le :

04/07/2022

Dr. K. NASSAR  
Professeur Agrégée  
Service de Rhumatologie  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

n

najide.

ICLASTIB



Immobilité

com sociis

Dégénérescence

Déshydratation

physio

① physiothérapie auto-grip +

② roulage transverse

③ renforcement musculaire,  
paixent éhara et saigné abdominales  
pelvien

12 semaines (x 230ml sem)

Dr. K. NASSAR  
Professeur Agrégée  
Service de Rhumatologie  
CHU Ibn Rochd - Casablanca