

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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.

Nº M21- 0006840

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 7534	Société : RAM	123816 REC	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)		
Nom & Prénom : TABLANE MOUNA			
Date de naissance : 08/08/1964			
Adresse : AL DUKHOUANE CASA			
Tél. : 05 22 20 45 45	Total des frais engagés : 4200 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin			
Dr. A.H.JAWAD			
Médecin Expert Assuré par les Tribunaux Echographie			
Tél: 05 22 90 31 01 - Fax: 05 22 78 18			
Date de consultation : 10/07/2022			
Nom et prénom du malade : Mme TABARAH MOUNA			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent			
Nature de la maladie : CERVICALE			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## **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
15/7/22	Médecin Expert Assentumé près des Tribunaux Echographie	DR. A.H.JAHANGIR 122-Bd Afghanistan Hayat 15-07-2022 0521-3101-Fax.0521-3021	200 M	Médecin Expert Assentumé près des Tribunaux Echographie

## **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

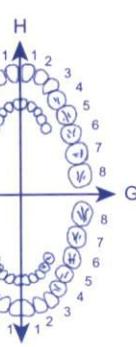
Cachet et signature du Praticien	Date des Spins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ECHCHERFI Mohamed Kiné - Osteopathe 3, Rue Oulad Said, 1er étage Bourgogne 26100 Toulon Télé: 0522 47 03 21	25/07/22	20 AMM x 200 dh = 4000 dh				

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. JAWAD HOUSSAINI ARAQI**

MEDECIN EXPERT ASSERMENTE  
PRES DES TRIBUNAUX

ECHOGRAPHIE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE STRASBOURG (FRANCE)

MEMBRE DE L'ASSOCIATION MAROCAINE  
DE FERTILITE ET DE CONTRACEPTION



**دكتور جواهير حسيني عراقي**

طبيب خبير محلق لدى المحاكم

الفحص بالصدى

حاائز على دبلوم الفحص بالصدى  
من كلية الطب بستراتسبورغ

عضو الجمعية المغربية للبحث  
في الخصوبة ووسائل منع الحمل

المستعجلات  
**Urgences**  
06 61 14 44 02

Casablanca, le :

25/7/22



M - M - TOM RONA  
Mouna

Slangs on Reeduct  
Cervico Dorsi

Aj Cervicale + Dorsi





Mr Echcherfi Mohamed hamza

Kinésithérapeute- physiothérapeute

Diplômé de l'ESK Casablanca

Rééducation Neurologique, Traumatologique,

Gériatrique, Rhumatologique, Pédiatrique

Neuro-pédiatrique, Uro-gynécologique

Casablanca le : 07/09/2022

## **FACTURE N°55/22**

Facture à l'ordre De **MME JABRANE MOUNA** pour **20** séances de kinésithérapie.

Total facture: 20 AMM \* 200 Dhs = 4000 Dhs (Quatre Mille Dirhams).

*ECHCHERFI Mohamed Hamza  
Kiné - Quiétude  
Kinésithérapeute physiothérapeute  
3, Rue Oulad Said, 1<sup>e</sup> Etage, N°2  
Bourgogne - Casablanca  
Tél: 05 22 47 03 21*



kiné-Quiétude

Mr Echcherfi Mohamed hamza

Kinésithérapeute- physiothérapeute

Diplômé de l'ESK Casablanca

Rééducation Neurologique, Traumatologique,

Gériatrique, Rhumatologique, Pédiatrique

Neuro-pédiatrique, Uro-gynécologique

Casablanca le : 07/09/2022

**Planning d'exécution des séances de MME MOUNA JABRANE**

N° Séance	Date
1	27/07/2022
2	29/07/2022
3	01/08/2022
4	03/08/2022
5	05/08/2022
6	08/08/2022
7	10/08/2022
8	12/08/2022
9	15/08/2022
10	17/08/2022

N° Séance	Date
11	31/08/2022
12	19/08/2022
13	22/08/2022
14	24/08/2022
15	26/08/2022
16	29/08/2022
17	31/08/2022
18	02/09/2022
19	05/09/2022
20	07/09/2022

ECHCHERFI Mohamed Hamza  
Kiné-Quiétude  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
3, rue Oulad Said, 1er étage  
Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522 47 03 21