

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0053142

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1507

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MESSNAOURI Naima Soc. dir

Date de naissance : 01/04/1946

Adresse : 10000

Tél. : 0671 82 96 41

Total des frais engagés : 12.00, 00

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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie :

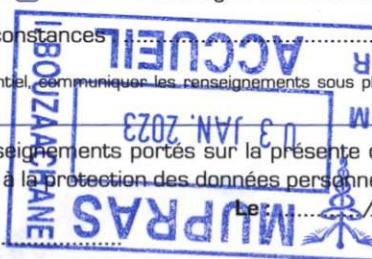
En cas d'accident préciser les causes et circonstances

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) :



## 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

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	15.01.23.	8 Pièces	08	00	00	08 X 100 800

## 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

## [Création, remont, adjonction]

#### Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- Spécialiste en Chirurgie Orthopédique et Traumatologique.
- Diplômé de la Faculté Hassan II de Médecine et de Pharmacie de Casablanca.
- Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles.
  - Chirurgie Traumatologique.
  - Chirurgie Orthopédique.
  - Suivi de la Maladie Arthrosique.



- طبيب متخصص في جراحة العظام والمفاصل
- متخرج من كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- طبيب داخلي سابق في مركز إستشفائي جامعي ببروكسل
- علاج و جراحةكسور العظام والمفاصل
- الجراحة التقويمية
- خشونة المفاصل

الدار البيضاء في : 13/12/2022

**MME MESSAOUDI HALIMA SAADIA**

### LETTRE DE REEDUCATION

prière de faire 12 séances de rééducation genou gauche, suivie pour crise de gonarthrose gauche

faire svp 3 x par semaine:

- physiothérapie
- amplitude articulaire douce et progressive
- renforcement muscle au tour du genou et de la hanche

+ exercices a domcine

Dr. ÅHED Karim  
Spécialiste en Chirurgie  
Orthopédique et Traumatologique  
18, Bd Abdelmoumen, Immeuble "Ghali Center"  
Casablanca  
Tél: 0522 98 95 90  
Email: dr.karimahed@hotmail.com

Casablanca le 02/01/2023

**Mme MESSAOUDI HALIMA SAADIA**

*Nombre des séances : 08*

<i>N°</i>	<i>Date</i>
1	16/12/2022
2	19/12/2022
3	21/12/2022
4	23/12/2022
5	26/12/2022
6	28/12/2022
7	30/12/2022
8	02/01/2023

**Kiné Moov**  
8, Rue AbouKacem Zehraoui  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca

Casablanca le 02/01/2023

**Facture n° 2023/001/001**

**Nom et prénom :** Mme MESSAOUDI HALIMA SAADIA

**Nature de la maladie :** Rééducation genou gauche

**Médecin prescripteur :** Dr/ K. AHED

**Nombre de séances :** 8 séances de rééducation

**Coût de la séance :** 150,00 dh

**Total :** 1200,00 Dhs

**Arrêtée, la présente facture à la somme de :** Mille Deux Cent dirhams.

ICE: 000516429000070

**Kiné Moov**  
8, Rue AbouKacem Zehraoui  
Quartier des hôpitaux  
Casablanca