

# 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 :

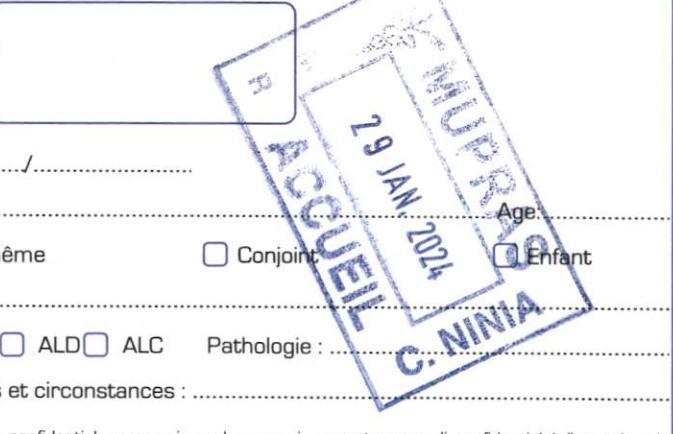
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule :	9442	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom :		
SADOK AHMED		
Date de naissance :		
27/10/1963		
Adresse :		
.....		
Tél. :	0631428339	Total des frais engagés : 41800,00 Dhs

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	Cachet du médecin :		
			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 :** ..... **Le :** ..... / ..... / .....  
**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
		A M	P C	I M	I V	
	15/01/24	12 AMM		12		1800 DHS

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profess

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



درب غلف

DERB GHALLEF

# وصفة ORDONNANCE

187 - 12 - 2023

M. SABOK MARAIE

Schizox Dorsal lombaire

الدرجه

- Surface muscles pre vertebral +

- profondeur muscle

12 سنتيمتر

3x 1 سنتيمتر

3

Docteur Nabil HATTAMA  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
INSTITUT DE REHABILITATION

# CENTRE MOUMTAZ DE KINESITHERAPIE



Le 15/01/2024

## FACTURE 003/24

Nom et Prénom : SADOK MALAK

Nombre de séances : 12

Prix unitaire : 150.00 DH

Prix total : 1800.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Huit Cent dirhams

Réglée : Chèque BP N 1800019

ASMAA MOUMTAZ  
Lot Al mostakbal imm L 039 GH 06, Appt 02 RDC, Sidi Maarouf, Casablanca  
Tél. 0522321243 / ICE: 000418720000007 / IF: 40421457

Lot Al mostakbal imm L 039 GH 06, Appt 02 RDC, Sidi Maarouf, Casablanca

Tel: 0522321243 / ICE: 000418720000007 / IF: 40421457

N° Dossier: 187117 

N° Dossier externe: ACC-9442-18/12/2023

Type de dossier: REEDUCATION 

Bénéficiaire: SADOK MALAK

Situation: En attente 

Sous-situation: --- 

Date de début: 18-12-2023 

Date de fin: 18-12-2023 

Date de saisie: 18-12-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
19-12-2023	Manuel	ACC 12 SEANCES KINÉ POUR SCOLIOSE
20-12-2023	Manuel	informé par appel 0678665177

# CENTRE MOUMTAZ DE KINESITHERAPIE



## Calendrier des séances

N.séance	Date
1	20/12/2023
2	21/12/2023
3	22/12/2023
4	25/12/2023
5	27/12/2023
6	29/12/2023
7	03/01/2024
8	05/01/2024
9	08/01/2024
10	10/01/2024
11	12/01/2024
12	15/01/2024

ASMAA MOUMTAZ  
Centre de Kinésithérapie  
Lot Al mostakbal imm L 039 GH 06, Appt 02 RDC, Sidi Maarouf, Casablanca  
Tel: 0522321243 / ICE: 000418720000007 / IF/40421457

Lot Al mostakbal imm L 039 GH 06, Appt 02 RDC, Sidi Maarouf, Casablanca

Tel: 0522321243 / ICE: 000418720000007 / IF/40421457