

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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.

193819 ~~AAZ819~~  Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12321

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BENDARI TARIK

Date de naissance : 15/07/1982

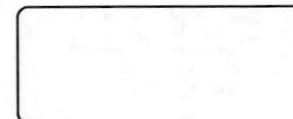
Adresse : VILLAS DES PRES N°62 DAK Bouazzza

CAPABLANCA MAROC

Tél. : +212 66 22 22 741 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

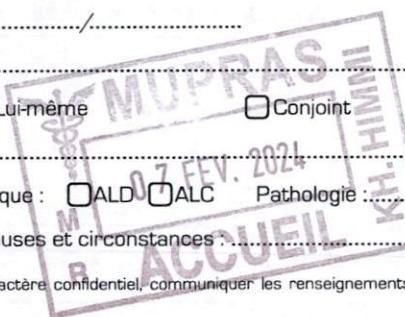


Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....



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 : ..... 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 - RADIGRAPHIES

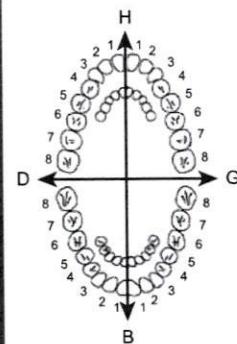
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

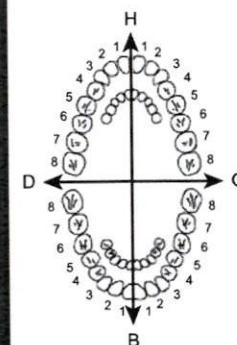
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires
--------------------------------	------------------------

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



Casablanca, 02/02/2024

**Décompte individuel de remboursement N° 287394 Référence :**

Garant : SANLAM MAROC  
Intermédiaire : GRAS SAVOYE MAROC  
Contractant : NESTLE MAROC

Assuré : MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA  
Matricule MCI CARE MAROC : 400007  
Matricule Employeur : 107

DECOMPTE								
Feuille de soins N°	Date de soins	Patient	Actes	Frais engagés	Base de remboursement	Taux de remboursement -1-	Remboursement -2-	Reste à charge
23812340A	17/11/23	MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA	Consultation Kinésithérapeute	2 400,00	1 800,00	100.00 %	1 800,00	600,00
<b>Sous-total</b>				<b>2 400,00MAD</b>	<b>1 800,00MAD</b>		<b>1 800,00MAD</b>	<b>600,00MAD</b>

**DETAIL EXPLICATIF DES FRAIS NON PRIS EN CHARGE**

Feuille de soins N°	Nature des soins	Montant non pris en charge	Motif de la non prise en charge
23812340A	Consultation Kinésithérapeute	600,00	
<b>Total</b>		<b>600,00MAD</b>	



**À remplir par le Médecin**

## Renseignements concernant le patient

Nom du patient : ..... Prénom(s) du patient : .....

Date de naissance : ..... Lien de parenté avec l'assuré(e) : .....

Nature de la maladie : ..

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause : ...

Fait à : ..... , le

## **Exécution des ordonnances (à remplir par le Pharmacien)**

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien attestant le paiement de la facture
	N° ICE [ ]	N° INP [ ]
	N° ICE [ ]	N° INP [ ]
	N° ICE [ ]	N° INP [ ]

## **Analyses - Radiographies**

Date de l'ordonnance	Désignation des coefficients	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue
			N° ICE <input type="text"/> N° INP <input type="text"/>
			N° ICE <input type="text"/> N° INP <input type="text"/>
			N° ICE <input type="text"/> N° INP <input type="text"/>

## **Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux**

Devis  
Facture

Devis  Nombre de séances : ..... Établi le : .....  
Facture  Nombre de séances : 12 Établi le : 10/10/2024

Date des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires	Signature et cachet du praticien N° d'autorisation d'exercer au Maroc	
	AM	PC	IM	IV		N° VITAL PHYSIOTHÉRAPIE Mr. Mohammed NASSIR 48,Rue Jbel Aroui, Casablanca Tel : 05 22 944 964	
10/10/2024	20 AM	12 = 2400 Dhs					
	N° ICE	INPE:065037764			N° INP		
	N° ICE				N° INP		
	N° ICE				N° INP		

Cadre réservé à Sanlam Maroc

Médecin conseil	Fiche dossier
-----------------	---------------

**Nom et prénom** : Mme Moussaoui Fatima-Ezzahra

**Diagnostic** : Contusion du genou

**Nombre de séances** : 12

**Date début du traitement** : 07/12/2023

- |                  |                |
|------------------|----------------|
| 1. Le07/12/2023  | :1ème séance   |
| 2. Le09/12/2023  | : 2ème séance  |
| 3. Le 11/12/2023 | : 3ème séance  |
| 4. Le13/12/2023  | : 4ème séance  |
| 5. Le15/12/2023  | : 5ème séance  |
| 6. Le18/12/2023  | : 6ème séance  |
| 7. Le20/12/2023  | : 7ème séance  |
| 8. Le22/12/2023  | : 8ème séance  |
| 9. Le25/12/2023  | : 9ème séance  |
| 10. Le27/12/2023 | : 10ème séance |
| 11. Le29/01/2023 | : 11ème séance |
| 12. Le04/01/2024 | : 12ème séance |

Casablanca : le 10/01/2024

KINÉ VITAL PHYSIOTHÉRAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR  
3,Rue Jbel Aroui, Cil, Casablanca  
Tél : 05 22 944 964



**Mr Mohammed NASSIR**  
Physiothérapeute, Kinésithérapeute



## Facture N° :008/24

- Prénom & Nom : Mme Moussaoui Fatima-Ezzahra
- Diagnostic : Contusion du genou
- Médecin traitant : Dr Merini Abderrazak
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20AMM
- Nombre de séances : 12
- Date début du traitement : 07/12/2023
- Montant total des honoraires : 2400 Dhs
- Arrêter la présente facture à la somme de : Deux Mille Quatre Cents Dirhams

Casablanca le : 10/01/2024

KINÉ VITAL PHYSIOTHÉRAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR  
48 Rue Jbel Aroui, CIL Casablanca  
Tél : 05 22 94 964

Casablanca le 06/12/2023

MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA

RABAT  
MAROC

## Références :

Contractant : NESTLE MAROC	
Intermédiaire : GRAS SAVOYE MAROC	
Matricule n°: 400007	Assuré : MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA
Dossier n°: 22835757A	Patient : MOUSSAOUI FATIMA EZZAHRA
Médecin : MERINI ABDERRAZAK	

**Objet : Accord**

Madame, Monsieur,

Nous prenons votre attache au sujet du dossier maladie sus visé, et avons le plaisir de vous notifier notre accord pour la réalisation de(s) acte(s) ci-dessous :

Nature des soins	Code affection	Date des soins	Montant des frais réels	Quantité(s) Accordée(s)	Prix Unitaire	Montant de l'accord
Kinésithérapie Par Séance	S83	17/11/2023	2 400,00 MAD	12.00	150,00 MAD	1 800,00 MAD

Sous réserve d'une contre visite après exécution.

A la fin du traitement, veuillez nous faire parvenir les pièces suivantes :

- le devis ;
- la facture d'exécution ;
- les pièces justificatives.

Il reste entendu que cet accord est valable tant que la police et/ou l'adhésion sont en vigueur.  
Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

Pour MCI CARE MAROC

NB : Accord valable trois mois à compter de son édition  
Pièce Jointe : Déclaration maladie

KINÉ VITAL PHYSIOTHÉRAPIE  
Mr. Mohammed NASSIR  
48,Rue Jbel Aroui, Cil, Casablanca  
Tél :05 22 944 964