

# 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

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="radio"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="radio"/> 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.

M23-U021774

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 05093 Société : 179561

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : B. E. Aommé Salma

Date de naissance : 31-10-1959

Adresse :

Tél. 0668975226 Total des frais engagés : 3750,00 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 : Casa Le : 29/10/2024

Signature de l'adhérent(e) : B. E. Aommé



### 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

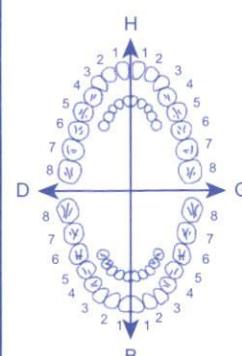
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre Klinique 180 bd Jules Ferry Toulouse 31000 France	29.2.2024	25(Am 9 + IM 1 Au : 1500) total : 27500				

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

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

**[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

# Docteur hamid EL HRAICHI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

## Adultes et Enfants

Ancien Attaché des Hôpitaux de Lyon

Arthroscopie

Traumatologie du Sport

Sur Rendez-Vous

الدكتور حميد البحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اخصاصي في جراحة المفاصل

وتقديم العظام للكبار والأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le ..... 27/05/2023 ..... الدار البيضاء، في

EL AÏNNE SALA

25 séance de rééducation des membres

en jambes

Posture myélite des membres inf



Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgie Orthopédique  
87, Bd. My Driss 1, Casablanca  
Tél: 0522 833 622

87، شارع مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 83 36 22

87, Bd. Moulay Driss 1er - Casablanca - Tél.: 22 83 36 22

ICE : 001691553000034 - (En cas d'Urgence «CLINIQUE LINA» - Tél.: 05 22 97 74 00)

# CENTRE KINMED

FACTURE N° : K51

EL AMINE SALMA

Code Client : 001048

Casablanca le, 29/02/2024

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant
	REEDUCATION FONCTIONNELLE			
	NOMBRE DES SEANCES	25.00	150.00	3 750.00
	DATE			
	DU26/10/2023			
	AU29/02/2024			
				

TOTAL

3 750.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE SEPT CENT CINQUANTE DH.

# Programme Kinésithérapie pour l'ischémie

du 26 octobre au 31 octobre 2023

- 26/10/23 - Épaule droite
- 27/10/23 - Épaule Gauche
- 06/11/23 - Membre Inférieur droit
- 18/11/23 - " " " Gauche
- 10/11/23 - Nuque + 2 Épaules
- 23/11/23 - DOS
- 28/11/23 - Membre Inférieur droit
- 02/12/23 - " " " Gauche
- 04/12/23 - Nuque + Bras Gauche et droit
- 07/12/23 - DOS
- 12/12/23 - Épaule droite + Épaule Gauche
- 16/12/23 - Membres Inférieurs
- 18/12/23 - NUQUE
- 29/12/23 - DOS
- 27/01/24 - Épaule droite + Épaule Gauche
- 02/01/24 - les 2 membres Inférieurs
- 04/01/24 - Nuque
- 30/01/24 - DOS
- 01/02/24 - Épaule Gauche + Cou
- 03/02/24 - Épaule droite
- 09/02/24 - DOS
- 13/02/24 - NUQUE
- 15/02/24 - les 2 membres Inférieurs
- 24/02/24 - " " " "
- 27/02/24 - DOS
- 29/02/24 - NUQUE
- 02/03/24 - les 2 épaules X



25 Séances  
en TDFL