

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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



## Déclaration de Maladie : N° P19-0017354

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2.946 Société : R-A-M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MAANI MOHAMMEY Date de naissance : 01 - 01 - 1952

Adresse : HAY LAALOU RUE 16 N° 06 C.D. CASA

Tél. : 06.62.02.66.22 Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03 / 03 / 2012

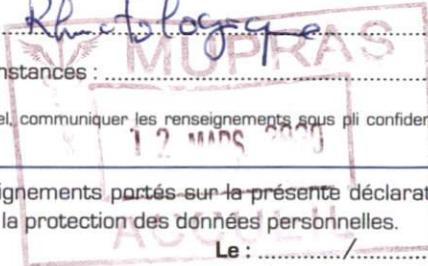
Nom et prénom du malade : Sociaida chef Ep Maani Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection Rhumatologique

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

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
03/03/2020	Contrôle	Gratuit		P

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

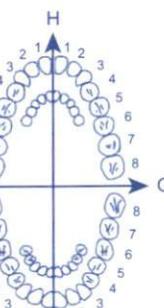
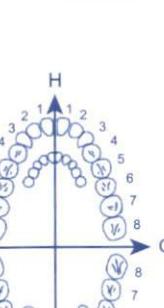
Cachet et signature du Practicien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE Aicha Ould Qods Assala Al Anfa N° 12, 1 <sup>er</sup> étage 404 App N° 12, 1 <sup>er</sup> étage Tél: 05 22 52 35 85	11-03-2020	X				120.00dh x 10 1200.00dh

#### **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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412   21433552 00000000   00000000 D --- 00000000   00000000 35533411   11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**



AICHA OFKIR

0522525385-0620824555

- ▲ Neurologie
- ▲ Traumatologie
- ▲ Rhumatologie
- ▲ Gynécologie
- ▲ Pédiatrie
- ▲ Kinésithérapie Respiratoire
- ▲ Drainage lymphatique
- ▲ Rééducation vestibulaire
- ▲ Kiné périnéal
- ▲ Amincissement

## DEVIS

Devis N° :51

Nom de patient : Mme CHAIF SAADIA EP. MAANI

Date:/CASABLANCA le : 11/03/2010

Nom de médecin traitant : DR EL OUADIH MERYEM

Diagnostic	Nombre des séances	Dates	Prix unitaire	Prix total
AMMG+ IR	10	11/03/2010	120.00 D H	1200.00DH

Signé :

Cadablanca ,ain chok , Résidence Assakane Al Anik, Boulevard el qods, Quartier El Omariya , Immeuble 404 ,Appartement Numero 12, 2ème étage .Casablanca INP/ 24964563 / ICE 002017736000014

05225-25385 – 0620824555

**Dr. EL Ouadi Meryem**

**Rhumatologue**

**Rhumatismes inflammatoires**

**Arthrose, tendons**

**Colonne vertébrale**

**Ostéoporose**

**Biothérapie**

**Échographie ostéoarticulaire**

**Ostéopathie et médecine manuelle**

03/03/2020

Casablanca, le :

**الدكتورة الواضحة مريم**

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل  
الروماتيزم، التهاب المفاصل

أمراض الفضروف، الأوتار

أمراض العمود الفقري

شاشة العظام

الأدوية البيولوجية

الشخص بالصدى للمفاصل والأوتار

الطب البدوي للعمود الفقري والمفاصل

**CHAIF SAADIA EP MAANI**

Nom : .....

## **kinésithérapie**

### **Gonarthrose fémoro-tibiale D**

Séances de physiothérapie antalgique: infra rouges, US

Massages décontracturant

Assouplissement des ischio jambiers

Lutte contre le flessum

Étirements

Renforcement du vaste latéral du quadriceps

Travailler la proprioception

Initiation à l'auto-rééducation

**Nbr: 10 séances**



## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le .../.../20... do

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2946 e-mail : kebitr247@gmail.com Phones : 06.62.02.66.90  
Nom et Prénom de l'adhérent : MAANI MOHAMMED  
Nom et Prénom du bénéficiaire : CHAÏF SAADIA

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Mme Aicha OTKIR - Cabinet Aika de Kinésithérapie  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Chaïf Saadia  
Nécessite Rééducation AMMg + iB  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 10 Séances

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Gonarthrose fémoro-tibial  
AMMg + iB

Cachet, date et signature du praticien

11/03/2010  
CENTRE DE KINÉSITHÉRAPIE AIKA  
Rés Assakane ATANIE BEN EL OODS  
Appart N° 11-2ème étage  
Tél: 05 22 52 35 85  
ICE 300 2011 36 00214 / Ind 2496 4563

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.