

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

## tions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## iologie 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.

## ptique :

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 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

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.

Maladie

Dentaire

Kiné  Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **353**

Société : **rné**

**23630**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **BENSSAZEM AMINA**

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : **06 61 92 53 84**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **BENSSAZEM AMINA** Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **Nº P19-063023**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

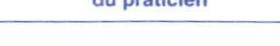
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	24/12/19 au 28/01/20	rééducation du dos seances		10	10 x 1300 Dtt = 1300 Dtt	

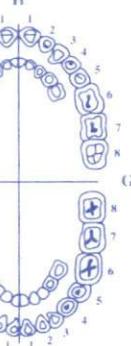
## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE		
				<b>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</b>
			<b>H</b>	
	25533412	21433552		
<b>D</b>	00000000	00000000	<b>G</b>	
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	<b>B</b>			
				<b>MONTANT DES SOINS</b>
				<b>DATE DU DEVIS</b>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



**PhysioSport**

Kinésithérapie & kinési-sportive

Tanger le : 24/12/2019

## Devis

Nom et Prénom du patient :

**BENSSALEM AMINA**

Nombre de séances :

**10**

Prix de la séance :

**130 DH**

Montant total :

**1300 DH**

Montant total en toutes lettres :

**mille trois cent dirhams**

**RANIA ZAIR**  
KINESITHERAPEUTE  
3, Av Moussa Ibn Noussair 1er étage - Tanger  
Tél: 0539 324 249 - Gsm: 0676 155 424

(+212) 0 539 324 249

(+212) 0 676 155 424

[contact@physiosport.ma](mailto:contact@physiosport.ma)

[www.physiosport.ma](http://www.physiosport.ma)



5 Rue Moussa Ibn Noussair, 1er étage  
En face de l'hôtel FLANDRIA



Ref 0353

Tanger le : 22/01/2020

**PhysioSport**

Kinésithérapie & kinési-sportive

## FACTURE 05/2020

Nom et Prénom du patient :

BENSSALEM AMINA

Nombre de séances :

10

Prix de la séance :

130 DH

Montant total :

1300 DH

Montant total en toutes lettres :

mille trois cent dirhams

**RANIA ZA**  
KINESITHERAPEUTE  
5, Av. Moussa Ben Noussair Etg 1-1  
0539 324 249 - Gsm: 0676 155 424

**RANIA ZA**  
KINESITHERAPEUTE  
5, Av. Moussa Ben Noussair Etg 1 - Tanger  
Tél: 0539 324 249 - Gsm: 0676 155 424

(+212) 0 539 324 249

(+212) 0 676 155 424

[contact@physiosport.ma](mailto:contact@physiosport.ma)

[www.physiosport.ma](http://www.physiosport.ma)



5 Rue Moussa Ibn Noussair, 1er étage  
En face de l'hôtel FLANDRIA



## CABINET DE RHUMATOLOGIE

radiologie ostéo-articulaire - densitométrie osseuse - électromyographie  
Tél: 05 55 45 44 44 Fax: 05 55 45 44 45

Docteur Dr BEHRA MARSAC Aurélie  
Ancien Interne des Hôpitaux de Limoges  
Ancien Chef de Clinique  
Conventionné secteur II

Limoges, le «26/11/2019

Mme BENSSALEM Amina  
née le 31/12/1949

10 séances de kinésithérapie de renforcement de la sangle abdominale en délordose, De la sangle spinale, auto agrandissement axial actif renforcement des psoas, massages lombaires antalgiques pour lombalgies

A raison de 2 à 3 séances par semaine

RPPS  
10100409019

**RANIA ZAIR**  
KINESITHERAPEUTE  
S. AV MOUSSA BEN MOUSSA Elrig 1 - Tanger  
Tél: 0539 324 249 SELARL LES OPIACES - Clinique François CHENIEUX

Siret 453 102 717 000 23 - N° Finess 87 000 02 88  
18 rue du Général Catroux BP 3905 87039 LIMOGES CEDEX  
Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.

## CABINET DE RHUMATOLOGIE

radiologie ostéo-articulaire - densitométrie osseuse - électromyographie  
Tél: 05 55 45 44 44 Fax: 05 55 45 44 45

Docteur Dr BEHRA MARSAC Aurélie  
Ancien Interne des Hôpitaux de Limoges  
Ancien Chef de Clinique  
Conventionné secteur II

Limoges, le 26/11/2019

Mme BENSSALEM Amina  
née le 31/12/1949

10 séances de kinésithérapie de renforcement de la sangle abdominale en délordose, De la sangle spinale, auto agrandissement axial actif renforcement des psoas, massages lombaires antalgiques pour lombalgies

A raison de 2 à 3 séances par semaine

RPPS  
10100409019

**RANIA ZAIR**  
KINESITHERAPEUTE  
S. AV MOUSSA BEN MOUSSA Elrig 1 - Tanger  
Tél: 0539 324 249 - GSM: 0676 155 424

SELARL LES OPIACES - Clinique François CHENIEUX

Siret 453 102 717 000 23 - N° Finess 87 000 02 88  
18 Rue du Général Catroux BP 3905 87039 LIMOGES CEDEX  
Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté.