

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse dentaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 047596

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6756 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MOUSSAIE HASSEN

Date de naissance : 31-03-64

Adresse : Rue 01 N° 103 Hay El Hana Franchés

Tél. : 0661915350 Total des frais engagés : 1200 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 :

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 : 15/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



# RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

Mme Warda LAMTIRI  
Kinésithérapeute Ostéopathe  
3, Lot Adm. 1ère G. 5ème Et.  
Bd Al Oud - Casablanca

Mme Warda LAMTIRI  
Kinésithérapeute Ostéopathe  
3, Lot Adm. 1ère G. 5ème Et.  
Bd Al Oud - Casablanca

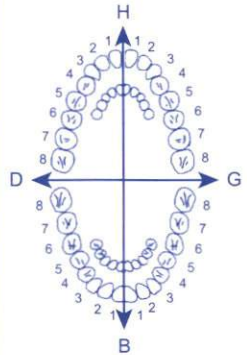
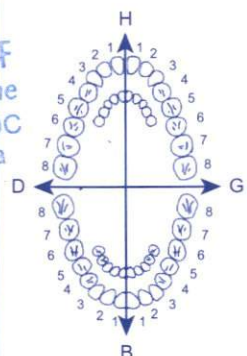
1200x1000  
= 1200m

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



معيّة عين الشق  
CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNANCE

Casablanca, le 24/2/2020

Dr. Karim AHED  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie - Arthroscopie  
07 71 24 057

x Cethy reedixts

x M<sup>re</sup> Boussoufir Hassan

pré de faire, 16 sence  
C~~8~~  
reedixts de 2 Cndes.  
présente un tendinite des  
epitrochlees. pré  
d'faire. 32'4 sence/suoir.

physique, altus,  
légère, onde de choc

(sans signe  
de lésion).

- NTP +++

(charge transmise  
profondément).

Dr. Karim AHED  
Chirurgie Orthopédique  
Traumatologie - Arthroscopie  
Tél: 06 44 44 257





**Mme Warda LAMTIRI LAARIF**  
**Ostéopathe D.O-Kinésithérapeute D.E**

CASABLANCA, LE 15/06/2020

**NOTE D'HONORAIRE**

Mme Warda LAMTIRI LAARIF  
Kinésithérapeute Ostéopathe  
3, Lot Addamane Gh 7, RDC  
Bd Al Qods - Casablanca

Nom : Je Messaffia

Prénom : Hamou

Employeur/Club : \_\_\_\_\_

AT/AS du : \_\_\_\_\_

Assurance : A.O.P.R.A.S

Nombre de Séances : 10 Vins de Rééducation intraveineuse par 2

Prix séances : 120 dirhams

Total = 1200 Dhs

Facture Arrêtée à la somme de :  mille deux cent Dirham(s)

**Détails des visites :**

04/06/2020	01/06/2020	04/06/2020	05/06/2020
08/06/2020	09/06/2020	10/06/2020	12/06/2020
13/06/2020	15/06/2020		

ICE : 001696974000040



Bd Al Qods Complexe Addamane, Lot 48 Gh 7 RDC - Casablanca



osteo.kine.cab@gmail.com