

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, parodontologie 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 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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-718546

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **3400** Société : **R A M**

Matricule : **3400**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **HJMEJ ANDAWOU BEN BRAHIM KHALIL**

Date de naissance : **14.10.1960**

Adresse : **7 Rue DUMERILIA 107 RIYAD EL ANDAWOU**

Tél. : **061 181754** Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **Dr. Rajaâ BENNIS**

Cachet du médecin : **Professeur de Rhumatologie 76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca**

Date de consultation : **03/08/2022**

Nom et prénom du malade : **Dr. HJMEJ ANDAWOU BEN BRAHIM KHALIL**

Age : **61**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **goutte**

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 : **03/08/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

RES
Cachet et signature du Médecin
attestant le
Dr. **RAJAB BENNIS**
Spécialiste de Pneumologie
Tél: 052223 73 75
ES

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

Dr. Abdou BENNIS
 Médecin de Rhumatologie
 Tél: 0522237375

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

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

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 3600 e-mail : Phones : 06 61 18 17 54
Nom et Prénom de l'adhérent :
Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite 12 séances kinésithérapie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 20 AMT x 12 = 2400

12 séances de kiné : 20 AMT x 12 = 2400
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):

.....
.....
.....

Cachet, date et signature du praticien

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.



Professeur Rajaâ BENNIS

PROFESSEUR UNIVERSITAIRE DE RHUMATOLOGIE

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

PROFESSEUR (PA) DE MEDECINE INTERNE

Ancienne Enseignante à la faculté de Médecine
de Casablanca

Ex. Résidente Etrangère des Hopitaux de Paris



الأستاذة رجاء بنيس

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل

أستاذة في الطب الباطني

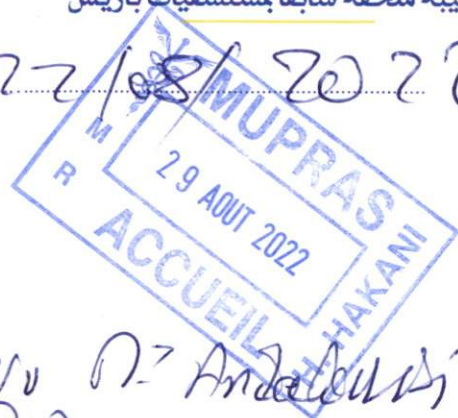
أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le :

27/08/2022

Pli confidentiel



Je certifie avoir reçu M. Abdelhak
Hijaji Brahim Khatib le
03/08/2022 - Son genou droit
reste hypertrophié relativement avec
2 zones sensibles, ce qui a nécessité
un complément thérapeutique et un
complément de 12 séances de kinésithérapie



Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
Bd. Abdelmoumen-Casablanca
Tél.: 05 22 23 73 73

Docteur Rajaâ BENNIS

Professeur Universitaire de Rhumatologie
Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations
Professeur Assistante de Médecine Interne

Ancienne Enseignante à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ex. Résidente Etrangère des Hôpitaux de Paris



الدكتورة رجاء بنيس

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم
أخصائية في أمراض العظام والمفاصل
أستاذة في الطب الباطني

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة ملحقه سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca, le : 03 AOUT 2022

Nom : Trigui Amaloussi Prénom : BRADJI RAHIL
Diagnostic : gros genou droit

→ Physiothérapie

- Ultra-sons
- Electrothérapie
- Infrarouges

→ Renforcement Passif :

- ~~muscles spinaux~~
- ~~muscles psoas~~
- ~~sangle abdominale~~

→ quadriceps

→ vastes internes

◦ autres → ex femme

KINESTRETCH-LAKLOUZINEB
Kinésithérapeute
IF: 50653842-TP: 33005488
ICE: 00295293 T008013
Tél: 05 22 21 32 32

☐ Autres

- muscles spinaux
- muscles ischio-jambiers
- droits antérieurs
- autres

Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
76, Bd. Abdelmoumen-Casablanca
Tél: 05 22 23 73 73

→ ☐ nombre de séances

12 ou 3x/sem

Nom et Prénom :
**HJIYEJ ANDALOUSSI KHALIL
BRAHIM**

FACTURE








Date :	28/10/2022
Référence :	2022/0039

Objet :	REEDUCATION POUR GENOU DROIT
Médecin traitant :	Dr RAJAA BENNIS

Date des séances	Nombre de séances	Désignation des actes	Honoraires
05/10/2022	1 ^{ère} séance	20 AMM	
07/10/2022	2 ^{ème} séance		
11/10/2022	3 ^{ème} séance		
13/10/2022	4 ^{ème} séance		
15/10/2022	5 ^{ème} séance		
17/10/2022	6 ^{ème} séance		
19/10/2022	7 ^{ème} séance		
21/10/2022	8 ^{ème} séance		
22/10/2022	9 ^{ème} séance		
24/10/2022	10 ^{ème} séance		
26/10/2022	11 ^{ème} séance		
28/10/2022	12 ^{ème} séance		
TOTAL			2400 Dhs

La présente facture est arrêtée à la somme DEUX MILLES QUATRE CENTS dirhams.

KINESTRETCH-LAHLOU ZINEB
Kinésithérapeute
IF: 50633842 - TP: 34005488
ICE: 002952931000013
Tél: 05 22 21 32 32

N° Dossier: 132058 
N° Dossier externe: ACC-03400-04/10/2022
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: HJIYEJ ANDALOUSSI BRAHIM KHALIL
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 04-10-2022 
Date de fin: 04-10-2022 
Date de saisie: 04-10-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
05-10-2022	Manuel	ACC 12 SEANCES KINÉ GENOU
05-10-2022	Manuel	OK POUR 12 SEANCES DE REEDUCATION

