

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1545 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFIA

Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE D MADINA TANIDA

SIDI OTMANE CASABLANCA

Tél. : 066 21 89 350 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/07/92

Nom et prénom du malade : Dr. Naima

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ALD

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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
19/08/2012	(G)			<i>Nainville 26/08/2012</i>
	+ Séances de Kinésithérapie			<i>25/08/2012</i>
	(25€/seance)			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

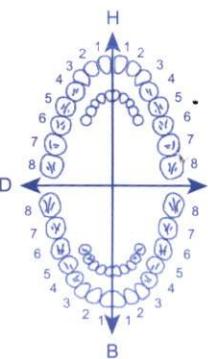
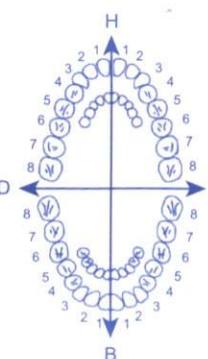
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>M.J.D. SIHAM Kinésithérapie CENTRE DE KINESITHERAPIE MINCISSEMENT SIHAM SARL AU 01.07.86 78 01.15.07</i>	11/11/2012					257.1000 dh ex scanner. ex 000 dh.

## 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'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B 00000000 00000000 B	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

الرکنیة فیہ نفیہ  
Dr. NABIL Naima  
المختصة بطب النساء  
نائمه ناصر العسیخ شریفہ

Le : 12/08/22

D<sup>r</sup> Benyamin Aldehafid

Je certifie que Dr  
Nabil Naima de notre  
partie D<sup>r</sup> Benyamin Aldehafid

connue diabétique DID,

enfert d'<sup>une</sup> de la morte

Il n'en a pas de secours



de Kinsiberg et

Seance.

Ce certificat est délivré  
à l'intérêt pour servir à  
valoir ce vœu de droit.



عيادة الترويضي الطبي وتخسيس الوزن

Cabinet de kinésithérapie et de l'amincisement

MAJD SIHAM



ATTESTATION

CENTRE DE KINESITHERAPIE  
ET L'AMINCISSSEMENT SIHAM  
Le : 05 22 70 86 78  
Tél: 06 70 34 15 07

MAJD SIHAM  
Kinésithérapeute

Je soussigné, SIHAM MAJD, agissant en qualité de Kinésithérapeute, propriétaire au Cabinet de kinésithérapie et d'amincisement, situé au Boulevard Abdelkader Sahraoui Résidence GH 96 ALBAYDA 2 immeuble 1 app1 Casablanca.

Déclare que Monsieur BEN YASS ABD EL HAFID  
est commencé la Réduction depuis 17/08/22.

Jusqu'à 11/11/22.

→ 17/08/22.  
→ 23/08/22  
→ 25/08/22  
→ 30/08/22  
→ 1/09/22  
→ 3/09/22  
→ 6/09/22  
→ 13/09/22.  
→ 17/09/22.  
→ 19/09/22

→ 20/09/22  
→ 24/09/22  
→ 25/09/22  
→ 01/10/22.  
→ 04/10/22.  
→ 11/10/22  
→ 13/10/22.  
→ 14/10/22

→ 15/10/22  
→ 18/10/22  
→ 24/10/22.  
→ 26/10/22  
→ 28/10/22.  
→ 31/10/22.

11/11/22

Fait à Casablanca

Cachet et Signature

CENTRE DE KINESITHERAPIE  
ET L'AMINCISSSEMENT SIHAM  
SARL AU  
05 22 70 86 78  
Tél: 06 70 34 15 07

MAJD SIHAM  
Kinésithérapeute

1 APT 1 GH 96 Résidence El Baida 2nd 20450 Casablanca  
TEL: 05 22 70 86 78 - GSM: 06 70 34 15 07

Patente: 32751776 IF: 40419120 RC: 397822 CNSS: 8849856  
COMPTE BANCAIRE N°: 212113850800003 BANQUE POPULAIRE  
ICE 000 10 49 77 0000 58

CENTRE DE KINESITHERAPIE ET L'ANIMATION

SIHAM

# Facture :

Fait Le : 11/11/22

Nom : BENYASS

Prénom : ABD EL HAFID

Traitemet : Producteur de Musc

Nombre De Séances : 25 de 17/10/22 à 11/11/22 Séances

Total A Payer :  $25 \times 100 = 2500$  Dhs

Arrêtez Le Présent devis à la somme de :

deux mille cinq cents dhs



SIEGE SOCIAL : Res El Baida 2 Gh 96 RDC N° 01 Hay Mly Rachid Casablanca  
ID FIS : 47326869 TP : 32753599 ICE : 00267187800037 - RC : 482833 CNSS : 2319739 FIX : 0522708070