

# 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 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.

M22- 0058379

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6983 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HILKIS BOUCHAFT.

Date de naissance :

14/06/93

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

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 :

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) : .....



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0058379

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 : .....

## 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 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

- |                                    |                     |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation                      | contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **HIRCHI** Société : **BOUCHAB**

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **Hirchi Bouchab**

Date de naissance :

Adresse : **116, AV Moulay Abdessig Apt 14 Kenitra**

Tél. **0602111922** Total des frais engagés : **25**

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Cabinet de Rhumatologie  
Docteur Nada BENSADOUN  
15, Av Hassan II, 2<sup>ème</sup> étage Bureau 21  
INPE 05 22 20 45 45**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **Hirchi Bouchab** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **8651 gauche**

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

**N° W21-774351**

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).



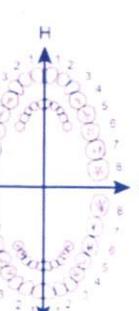
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
08/11/2021	Ca	1	300,00	INPA 0511574256 STATUT: 03.37.1 POLYCLINIQUE SAOUDI Montreal

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>YOSAS</b> Pharmacie parapharmacie 1500 Bd Aïcha 10510 TUNISIA Tel: 033-200000 N.F.C : 052002736	8/12/22	4851.50 TVA KENYA

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ANALYSES BESSAIS 107-425-37-71 bureau N 105.3</i>	<i>8/12/2024</i>	<i>ECU</i>	<i>200.00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Patient	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
Youssef LACHHAB é-physiothérapeute 91 - Ouled Oujih - Kénitra G.S.M. 06 73 73 74 78 045035367	09 JAN 2022	12			960,00

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																	
Le praticien est prie de preciser la dent traitée l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																	
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>												
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>												
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>          Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	35533411	11433553															
G																	
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>															
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>															
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>															

# Cabinet de Rhumatologie

## عيادة أمراض العظام و المفاصل

**Docteur Nada BENSAOUD**  
Diplômée de la faculté de  
Médecine de Rabat  
Spécialiste des Maladies  
des Os et Articulations



الدكتورة ندى بن سعود  
خريجة كلية الطب  
بالرباط  
اختصاصية في أمراض  
العظام و المفاصل

## القنيطرة في Kénitra, le

1. What is the meaning of the following terms?

1954  
The original

1981.9 1982.1

2) Epidemiol

149,50

51,30

3) 53737432  
NITRA

u)  
87,50

rePax zoologie

23 Bureau de Rhumatologie  
Steir Alada BENSADOUN  
13, rue de la Paix 75002 Paris  
Tél. 05 11 18 71 20  
05 37 32 00 00

3

5.1

LOT: 2206012  
FAB: 06/2022  
EXP: 06/2025  
49-10004  
6012

OT  
CNK 3259-850  
C1  
20

2024-08

BEV · 2021/01/5

LOT : 220596  
DUO : 07/2025  
87, 10DH  
Deva Pharmaceutique  
Distributeur

15 شارع الحسن الثاني، عمارة الحسن الثاني الطابق 2 - مكتب رقم 1. القنيطرة

15 Avenue Hassan II, Imm . Centre D affaire Hassan II , 2 éme étage - Bureau n° 1 Képitrà

Email : nadabensauoud@yahoo.fr - Tél / Fax : 05 37 37 77 27

Cabinet de Rhumatologie  
عيادة أمراض العظام و المفاصل 6985

Docteur Nada BENSAOUD  
Diplômée de la faculté de  
Médecine de Rabat  
Spécialiste des Maladies  
des Os et Articulations



الدكتورة ندى بنسعود  
خربيجة كلية الطب  
بالرباط  
اختصاصية في أمراض  
العظام و المفاصل

Kénitra, le 08/08/2022 القنيطرة في

Hincti - Bouchtaib

→ Dr Houda Pajé pour  
Echographie de la  
Cheville +

See you



Cabinet de Rhumatologie  
Dr Nada BENSAOUD  
Kénitra 2ème étage bureau n° 1  
Télé : 05 37 37 77 27  
NPE : 01187425  
Email : nadabensauoud@yahoo.fr

Cabinet de Rhumatologie  
عيادة أمراض العظام و المفاصل 6985

Docteur Nada BENSAOUD  
Diplômée de la faculté de  
Médecine de Rabat 6985  
Spécialiste des Maladies  
des Os et Articulations



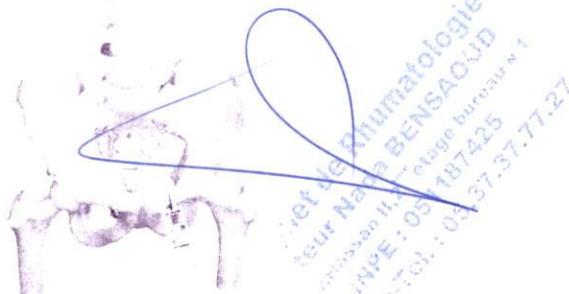
الدكتورة ندى بنسعود  
خريجة كلية الطب  
الرباط  
اختصاصية في أمراض  
العظام و المفاصل

Kénitra, le 08/12/2021 القنيطرة في

Hinc H. Bouchtaib

- Ecographie de  
la hanche + gen

Gen



Cabinet de Rhumatologie  
عيادة أمراض العظام و المفاصل 6985  
Docteur Nada BENSAOUD  
Centre D'affaire Hassan II, 2ème étage bureau n° 1  
Kénitra 10200 - Maroc - Tél / Fax : 05 37 77 27

# Cabinet de Rhumatologie

## عيادة أمراض العظام و المفاصل

Docteur Nada BENSAOUD

Diplômée de la faculté de

Médecine de Rabat

Spécialiste des Maladies  
des Os et Articulations



N° 6985

الدكتورة ندى بنسعود  
خريجة كلية الطب  
بالرباط  
اختصاصية في أمراض  
العظام و المفاصل

Kénitra, le .....

٨١٢٣١٢٥٢

القنيطرة في

Cabinet de Rhumatologie  
Docteur Nada BENSAOUD  
15, Av.Hassan II, 1<sup>er</sup> étage, bureau n° 1  
Kénitra, Tel: 05.37.37.77.27

Prise 2  
M 2 si 04  
Gee du Catin  
Lore shmogress  
Des fractur 1 entré  
oreille gaujre

**Youssef LACHHAB**

*Kiné-physiothérapeute*

Bloc B N° 197 - Ouled Oujih - Kénitra  
Tél. 05 34 82 71 17 - G.S.M. 06 73 73 74 78

Cabinet de Rhumatologie  
Docteur Nada BENSAOUD  
Av.Hassan II, 1<sup>er</sup> étage, bureau n° 1  
Tel: 05.37.37.77.27

شارع الحسن الثاني، عمارة الحسن الثاني الطابق 2 - مكتب رقم 1. القنيطرة  
15 Avenue Hassan II, Imm. Centre D affaire Hassan II, 2 éme étage - Bureau n° 1 Kénitra.

Email : nadabensaoud@yahoo.fr - Tél / Fax : 05 37 37 77 27

N° 6985

**YOUSSEF LACHHAB**  
**KINE-PHYSIOTHERAPEUTE**  
Adresse : Ouled oujih bloc B N°197 -Kenitra-  
Tel : fixe : 05 34 82 71 17/ GSM : 06 73 73 74 78

---

**CALENDRIER INDIVIDUEL DES SEANCES DE**  
**REEDUCATION**

**Nom & Prénom :** **HIRCHI BOUCHAIB**

N°	Date de la séance
1	12/12/2022
2	14/12/2022
3	16/12/2022
4	19/12/2022
5	23/12/2022
6	26/12/2022
7	28/12/2022
8	30/12/2022
9	02/01/2023
10	04/01/2023
11	06/01/2023
12	09/01/2023

*Signature :*

  
**Youssef LACHHAB**  
Kiné-physiothérapeute  
Bloc B N° 197 - Ouled Oujih - Kénitra  
Tél. 05 34 82 71 17 - G.S.M. 06 73 73 74 78

N° 6985

**YOUSSEF LACHHAB**  
**KINE-PHYSIOTHERAPEUTE**  
Adresse : Ouled oujih bloc B N°197 -Kenitra-  
Tel : fixe : 05 34 82 71 17/ GSM : 06 73 73 74 78  
ICE N° 000115765000073  
Patente N° 20703750  
Identifiant fiscal N° 15247807

INPE : 045035367

Facture N° : 2/2023

Kenitra : le 09/01/2023

Nom & Prénom : **HIRCHI BOUCHAIB**

Désignation	Quantité	Prix Unitaire	Total	Mode de paiement
Rééducation de la cheville et du genou	12 séances	80.00	960.00	Espèce

*Total Général T.T.C : la présente facture est arrêtée à la somme de neuf cent soixante dirhams.  
960.00 Dhs*

*Signature :*

*Youssef LACHHAB*  
Kiné-physiothérapeute  
Bloc B N° 197 - Ouled Oujih - Kénitra  
Tél. 05 34 82 71 17 - G.S.M. 06 73 73 74 78