

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.

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 Malade

N° W19-593106

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3400 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HSIH J ANDALOUSS BASH-KI

Date de naissance : 14.10.1965

Adresse : 7 R. Almenas Lot 1457 EL ANDALOUSS

Tél. : 0661 18 1754 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade :

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) :



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

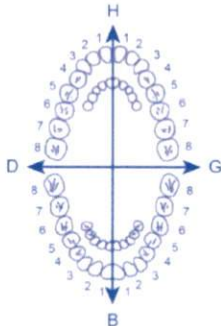
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KINESITHERAPEUTIQUE KINESITHERAPEUTE IF: 50633842 ICE: 0029529 Tel: 05 23 52 95 29 LAHLOU	Facture Du 30/11/2022 Au 25/01/2023	20	1	1	0	4000,00 Dhs

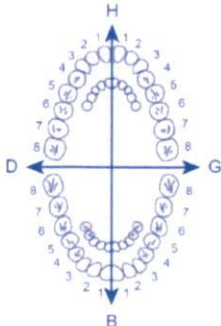
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS
		DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rajaâ BENNIS

Professeur Universitaire de Rhumatologie

Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations

Ancienne Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca

Ex. Professeur assistante de Médecine Interne

Ex. Résidente Extrangère des Hôpitaux de Paris



الدكتورة رجاء بنيس

أستاذة جامعية في أمراض الروماتيزم
أخصائية في أمراض العظام والمفاصل

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء
أستاذة سابقة في الطب الباطني
طبيبة ملحقة سابقا بمستشفيات باريس

Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 21 32

21/11/2022

Nom: Je BOUSSIF

Diagnostic: Capsule rétro articulaire épaule droite

KINESITHERAPIE

- TYPE



☒ Physiothérapie

- ☐ Renforcement
- muscles spinaux
 - muscle psoas
 - sangle abdominale

- quadriceps
- vastes internes
- autres

☐ ETirements

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



☒ Rééducation

- passive
- active

☐ Autres

- nombre de seance
- Périodicité

20

3x / semaine

KINESTRETCH-LAHLA
Kinésithérapie
IF: 50633842 - TP: 34
ICE: 00295293100
Tél: 05 22 21 32

Dr. Rajaâ BENNIS
Professeur de Rhumatologie
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél: 05 22 21 32

Nom et Prénom :
SOURIA BOUSSIF

FACTURE

Date :	25/01/2023
Référence :	2022/0063

Objet :	CAPSULITE RETRACTILE
Médecin traitant :	Dr. BENNIS RAJAA

Date des séances	Nombre de séances	Désignation des actes	Honoraires
30/11/2022	1 ^{ère} séance	20 AMM	
03/12/2022	2 ^{ème} séance		
06/12/2022	3 ^{ème} séance		
08/12/2022	4 ^{ème} séance		
10/12/2022	5 ^{ème} séance		
13/12/2022	6 ^{ème} séance		
17/12/2022	7 ^{ème} séance		
20/12/2022	8 ^{ème} séance		
24/12/2022	9 ^{ème} séance		
27/12/2022	10 ^{ème} séance		
29/12/2022	11 ^{ème} séance		
31/12/2022	12 ^{ème} séance		
04/01/2023	13 ^{ème} séance		
07/01/2023	14 ^{ème} séance		
10/01/2023	15 ^{ème} séance		
14/01/2023	16 ^{ème} séance		
17/01/2023	17 ^{ème} séance		
19/01/2023	18 ^{ème} séance		
21/01/2023	19 ^{ème} séance		
25/01/2023	20 ^{ème} séance		
			4000 Dhs

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

La présente facture est arrêtée à la somme QUATRE Mille dirhams.