

## 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 Maladie

N° W19-593106

140701

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent (e)</b>			
Matricule : <b>3400</b>	Société : <b>RASM</b>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <b>HASSAN ANDALOUSI RASHID</b>			
Date de naissance : <b>14.10.1965</b>			
Adresse : <b>7 Al. Almena lot Kiyasqel Anoudine</b>			
Tél. : <b>0661181754</b> Total des frais engagés : _____ Dhs			

<b>Cadre réservé au Médecin</b>	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : <b>Lui-même</b>	
Lien de parenté :	Age: _____
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aura un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.	

ACCUEIL
BOUZAACHA

20 FEV 2023

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

## 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
				INP : <input type="text"/>

## **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 Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>IF-50633842-ICE-00223529-TEL:0522335293</i> <i>STRETCH-LAHOUZ Kinesithérapeute</i>	<i>Facture D.4 30/11/2022 fin 25/01/2023</i>	<i>20</i>	<i>4777 x 0 =</i>			<i>4000,00 DHS</i>

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 بننيس**

أستاذة. أستاذة في أمراض الروماتيزم  
أستاذة في أمراض العظام والمفاصيل

أستاذة سابقة بكلية الطب بالدار البيضاء  
أستاذة سابقة في الطب الباطني  
طبيبة ملحة سابقة بمستشفيات باريس

21/11/2022

Nom: Ne BOUSSAF S0UMIA  
Diagnostic : Capsulite rotule file 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
- Péviodicité

20

3x / De malax

KINESTRETCH-LAHLO  
Kinésithérapie  
IF: 50633842 - TP: 34  
ICE: 00295293100:  
Tél: 05222132



Nom et Prénom :  
**SOURIA BOUSSIF**

## FACTURE

Date :	<b>25/01/2023</b>
Référence :	<b>2022/0063</b>

Objet :	<b>CAPSULITE RETRACTILE</b>
Médecin traitant :	<b>Dr. BENNIS RAJAA</b>

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

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