

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 canaux, 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 canaux.

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° W21-652914

Accord : ok

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **3561** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **KAZMANE ANAB**

Date de naissance : **11.01.70**

Adresse : **235 BV Yacoub el moussem**

Tél. : **0653750568** Total des frais engagés : **1700,-** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Khalil TAHTI**
Professeur de neurochirurgie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation : **13.02.2023**

Nom et prénom du malade : **BERNICH LOUBNA** Age : **1973**

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

Nature de la maladie : **Lombalgie** **03 MAI 2023**

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 : **03 MAI 2023** Le : **03 MAI 2023**

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

VOI ET ADHERENT

RELEVÉ 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
13/04/2023			6	INF: 091032201 THACH. IBRAHIM Professeur de Médecine CHU Ibn Rochd - Casablanca

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	
Yassir BELKHADIR Kinésithérapeute Bd. Biranzoune - R4s. Rabii C. App. 47 Casablanca Tél: 022.98.73.79	16/02/2023		20			20x 150 = 3000 Dhs
	28/06/2023		Rééducation			12x 150 = 1800 Dhs

2

1000005

VOLET ADHERENT

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 : <input type="text"/>														
				<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/></p> <p>FIN D'EXECUTION <input type="text"/></p>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/></p> <p>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/></p> <p>DATE DU DEVIS <input type="text"/></p> <p>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/></p>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction]																	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Yassir BELKHADIR

Kinésithérapeute
Physiothérapeute



ياسر بلخدير
أخصائي الترويض الطبي
والعلاج الفيزيائي

Casablanca le: 25/04/2023: الدار البيضاء في

Calendrier des séances De Rééducation

M^{re} Benrichi Louhane

1^{ère} séance : 16/03/2023

2 : 21/03/2023

3 : 24/03/2023

4 : 29/03/2023 ←

5 : 31/03/2023

6 : 04/04/2023

7 : 07/04/2023

8 : 11/04/2023

9 : 14/04/2023

10 : 18/04/2023

11 : 21/04/2023

12 : 25/04/2023

Yassir BELKHADIR
Kinésithérapeute
8, Bd. Biranzarane - Rés. Rabii
RDC App 4 - Casablanca
Tél: 022 98 73 79

Yassir BELKHADIR
Kinésithérapeute
8, Bd. Biranzarane - Rés. Rabii
RDC App 4 - Casablanca
Tél: 022 98 73 79

28



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Hôpital sans Tabac
Fumer tue

Casablanca, le : 13/02/2023

ORDONNANCE

Docteur :

Dr Benmichi Louisa

Réaliser S.V.P 20 séances
de rééducation - Kiné pour
l'os qui réside

Yassir BELKHADIR

Kinésithérapeute
Physiothérapeute



ياسر بلخدير
أخصائي الترويض الطبي
والعلاج الفيزيائي

Casablanca le: 25/04/2023: الدار البيضاء في

FACTURE

- M^{re} Bernichi Loubna
- 12 séances de Rééducation
- Au PRAS
- 150 Dhs
- Montant Total
- $\rightarrow 150 \times 12 = 1800 \text{ Dhs}$

Yassir BELKHADIR
Kinésithérapeute
8, Bd. Biranzarane - Rés. Rabii
RD/ App. 4 - Casablanca
Tél: 0522 98 73 79