

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

M22- 0012578

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2160 Société : RAM 168419
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUROUIS Hassania
Date de naissance : 30/10/1948
Adresse : 268, Bd Ziraoui N°7 CASA
Tél. : 0662717779 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15.05.2023
Nom et prénom du malade : BOUROUIS Hassania Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rythmo
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 : CASA Le : 15/05/2023
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

[illegible][illegible][illegible]

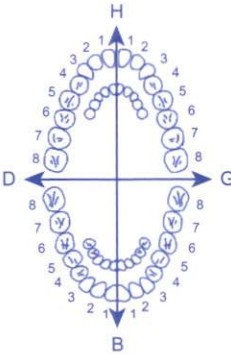
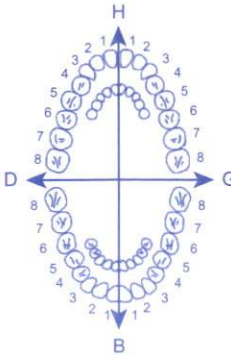
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	11/07/2023					6 séances 1 séance → 200 6 séances → 1200 Total 1200

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			
	(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

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Maria KOURDI

Facia – kinésithérapeute

Diplômé du Cégep Marie-Victorin

Québec Canada

Ancienne Kinésithérapeute aux
hopitaux du Ministère de la santé



السيدة مارية كوردي

أخصائية الترويض الطبي

والعلاج الفيزيائي

ICE : 0027546003000081

IF : 50195438

TP : 27905503

INPE : 045047339

TEMARA LA 11/07/2023

FACTURE 229/2023

Nom et Prénom : BOURQUIS HASSANIA

Nombre des séances : 06 séances (drainage)

Durée de : 22/06/2023 Au 11/07/2023

Prix de la séance : 200 DH

Montant total des séances : 1200 DH

Mme kourdi Maria
Physio-kinésithérapeute
Av hassan 2, Lot 5-6 (au dessus de l'ANAPEC)
en face préfecture - Temara
Tel : 0610831433

AV HASSAN II HAY ALAOUYINE LOT 5-6 APPT 03 TEMARA
(EN FACE DE LA PREFECTURE DE TEMARA) (أمام عمالة تمارة)
Au-dessus de l'ANAPEC

Mme Kourdi Maria
Physio-kinésithérapeute
Av Hassan 2, Lot 5-6 (au dessus de l'AMPEL)
en face préfecture - 11 Mars
Tel : 0510031433

90/06/2023
98/06/2023
96/06/2023
08/07/2023
06/07/2023
11/07/2023



Mme kourdi Maria
Physio-kinésithérapeute
Av Hassan 2, Lot 5-6 (au dessus de l'ANAPEC)
en face préfecture - Temara
Tel : 0610831433

Casablanca, le 15/1/23

Mme BOUKAÏS WATANUSA

Lymphod... rendue
d'une érythème de la peau
baigner M...
de drainage lymphatique

Pr Abdelkrim LARGAB
Spécialiste en Traumatologie
Orl...
Bureau N° 258 Rue Mustapha El Maani
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522 22 33 00

Ilane / [Signature]