

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- 0049571

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0070001 Société : 177424

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mahjoub BHERCHI Veuve BALLACHI Mohamed

Date de naissance : 1949-1-1

Adresse : Jamila II Rue 17 N° 62 CD Jamaa

Tél : 0660671007 / Total des frais engagés : 1150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/07/23

Nom et prénom du malade : Ahmed BHERCHI Age : 73

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

Nature de la maladie : Malade de 7 ans souffrant d'infirmité de l'adulte

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) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
07/07/23			150,00	Dr. R. FIALI Traumatologie Orthopédie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

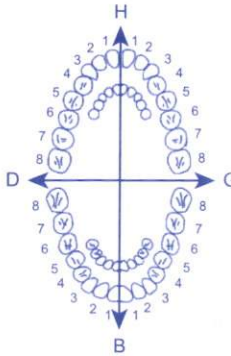
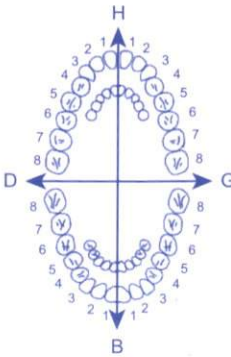
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
KINE WISS BOUAFIA Jamilia 2 N° 315 R.D.C. Casa Tél : 0522 38 83 22	06/09/23					10 Séances x 100 = 1000 DH

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de Kinésithérapie
Physiothérapie
Kiné Sport
Drainage Lymphatique



عيادة الترويض الطبي
العلاج الفيزيائي
الطب الرياضي
التصريف اللمفاوي

FACTURE N° : 16/23

CASABLANCA LE : 26/09/2023

Nom et prénom : CHEMCHI MAHJOUBA

Nature de la maladie : Rééducation du poignet DT

Médecin traitant : DR. R. FILALI

Date de début des séances : 18/07/2023

Date de fin des séances : 18/08/2023

Nombre de séances : 10 séances

Prix unitaire : # 100.00 #

Prix total : # 1000.00 #

Arrêtée la présente facture à la somme de :

KINE WISS
Bd. Mohamed BOUAFI
Jamila 2 N° 115 R.D.C Casa
Tél : 0522 38 83 22

Séance n°	Date	Heure
1	18/07/2023	
2	20/07/2023	
3	24/07/2023	
4	27/07/2023	
5	31/07/2023	
6	03/08/2023	
7	07/08/2023	
8	10/08/2023	
9	15/08/2023	
10	18/08/2023	

Séance n°	Date	Heure
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

KINE WISS
Bd. Mohamed BOUAFI
Jamila 2 N° 115 R.D.C Casa
Tél : 0522 38 83 22

Adresse : Boulevard Mohamed Bouafi, Jamila 2 N°115 RDC - Casablanca
cabinet.kinewiss@gmail.com - Tél.: 0522388322 - GSM : 0660-972-180

وصفة ORDONNANCE

le 07-07-23

Remède Physique

Prise à Jours H/L 26 heures

de réduction du poids 0 + 0.5 kg.

pour l'acte de l'entretien w/jour de
7.200 tonnes par P.T.

(réduction P.T. 100 kg)

Dr. R. EL ALI
Traumatologie - Orthopédie

Dr. R. EL ALI

