

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'El-Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-009053

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9233 Société : RAM (RETRAITÉE) **MD 193539**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SABER SONMIA
Date de naissance : 10/03/1962
Adresse : 19 RÉSIA Ghizlane Rue El Yassmine APPT 11 Hay RAMA
Tél. : 0666 838933 Total des frais engagés : #1810,000 A.H Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : CASABLANCA Le : 05/02/2024
Signature de l'adhérent(e) : SONMIA

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

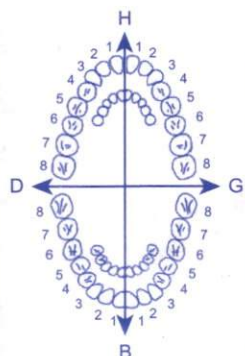
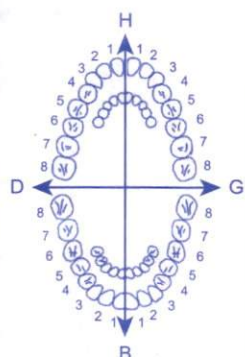
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|---------------------------------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 11/11/23 | Dents par dr pour de radiocatis | | | | 226,00 |
| | 05/02/24 | Facture pour 12 de radiocatis | | | | 1200,00 |

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 | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | | | | CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

16/11/2020

Jawad Soumaya

Dr. Dr.

reçu - en b.

Cherke Dr.

+ omphalodes ++ + flexa total

+ propric ++
(1500000)


Dr. CHAGOU Anis
Chirurgie-Traumatologie
Tél: 091177519
Tél: 06 61 55 25 72

MAROUANE HOBAIZI
Kinésithérapeute & physiothérapeute
مروان هوبيزي
أخصائي في الترويض الطبي
والعلاج الفيزيائي

Calendrier :

Salé le: 05-02-2024

Nom prénom: FADER SOUFIYA

| N° DE SÉANCE | LA DATE |
|--------------|----------|
| 1 | 10/01/24 |
| 2 | 12/01/24 |
| 3 | 15/01/24 |
| 4 | 17/01/24 |
| 5 | 19/01/24 |
| 6 | 22/01/24 |
| 7 | 24/01/24 |
| 8 | 26/01/24 |
| 9 | 29/01/24 |
| 10 | 31/01/24 |
| 11 | 02/02/24 |
| 12 | 05/02/24 |
| 13 | |
| 14 | |
| 15 | |
| 16 | |
| 17 | |
| 18 | |
| 19 | |
| 20 | |

Signature: 
Marouane HOBAIZI
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk, Hay Shihi
Rez-de-Chaussée, Labriquet, Sale
GSM: 06 65 22 87 77 - 06 38 85 34 84
INPE: 045054731

MAROUANE HOBAIZI

Kinésithérapeute &

Physiothérapeute

مروان هوبيزي

اختصاصي في الترويض الطبي

والعلاج الفزيائي

FACTURE

Salé le

:

Nom et prénom

:

1 séance de rééducation fonctionnelle à DHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées.....

Arrêté la présente facture à la somme de

.....

--patente :290 19 349

--I.F :40484828

--I.C.E : N°000828680000048

Identité bancaire :181 815 2111107313190006 25

(Banque populaire à salé)

Non affilié à la CNSS

Cachet et signature:

Marouane HOBAIZI
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk, Hay Sbihi
Rez-de-Chaussée Tabriquet Salé
GSM: 06 65 22 87 77 05 38 85 34 84
INPE: 04 50 54 73 1

18 Rue Tabouk, Hay Sbihi Tabriquet-Salé-Gsm :06 65 22 87 77

E-Mail : hobaizimarouane@gmail.com

Marouane HOBAlZI

Kinésithérapeute &
Physiothérapeute

مروان هوبيزي

اختصاصي في الترويض الطبي
و العلاج الفيزيائي

DEVIS

Salé le : 20/11/2025

NOM ET PRENOM : MAROUANE HOBAlZI

1 séance de rééducation fonctionnelle àDHS

Nombre de séances prescrites ou suggérées11

arrêté le présent devis à la somme de2210,00...

Donnée en double et signée d'un

--Patente :290 19 349
-- I.F :40484828
-- I.C.E :N° 000828680000048

Cachet et signature :

Marouane HOBAlZI
Kinésithérapeute
18, Rue Tabouk - Hay Sbihi
Tabriquet - Salé.
GSM: 06 65 22 87 77 / 05 38 85 34 84