

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-819352

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1345

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ABENOUCH Neryem

Date de naissance :

30/8/48

Adresse :

Route D.2 N° 15 AL MASSIRA AGADIR

Tél. : 0662304037

Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/

Nom et prénom du malade :

ABENOUCH Neryem

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : AGADIR

Le : 01/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-819352

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1345

Nom de l'adhérent(e) : ABENOUCH Neryem

Abenouch Neryem

Total des frais engagés : 1800,00

Date de dépôt : 20/3/24

Autorisation CNEDP N° : A-A-215/2019

#### **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 : .....   .....
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Mustapha BENRHAMOUS Kinésithérapeute Agadir Tél: 05 28 82 57 51	01/03/2024		12	ATM	9	1800 DH

## VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **BELEVE 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433582 00000000 G 00000000 11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				



- Dipômé de la faculté de Medecine de Casablanca
  - Attestation de Formation Specialisée Faculté de Medecine de Marseille - France
  - Arthroscopie - Echographie de l'appareil locomoteur
  - Ancien Chirurgien des Hôpitaux Taroudant Agadir - Inzegane
  - Chirurgien à la polyclinique de la CNSS d'Agadir

- دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء
  - شهادة التكوين التخصصي بجامعة مرسيليا - فرنسا
  - الجراحية بالمنظار - الشخص بالصدى
  - جراح سابق بمستشفيات تارودانت أكادير وازنكان
  - جراح بمصحة الضماع الاجتماعي بأكادير

## **LETTRE DE RÉÉDUCATION**

Agadir, le ..... 10 JAN 2024 .....

Mr ou Mme ..... A. Bézianch MC 24 REG M

Opéré / Présente: .....

Opér. / Présenté : Chez le Dr Astree fait tel-  
Quel tel m. d'habille | S. m.  
garde. Toute sorte de linge (assortiment).  
Nécessite une rééducation : 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20.

Nécessite une rééducation : see Dr. 125. Genit.

203X/K → Molted female at the first  
Molt, B myself after

Dr. YOUNG  
Orthodontist  
Avad  
Dr. Trickey  
Orthodontic  
Practice  
New Bernville

*I found a new species.*

رقم 21 عمارة الياسمين - ملتقى شارع المقاومة وزنقة القاضي عياض فوق بنك (BMCE) - اسكندرية الهاتف : 0528 23 35 05 المجموع : 06 61 51 36 42 | البريد الإلكتروني : doumavoun@gmail.com | doumavoun@yahoo.fr | الـ...

N° 21, Imm. A Résidence Yassmine - Angle Av.Moukaouama et Rue Qadi Ayad (au dessus de la Banque BMCE) Agadir  
Tél: 05 28 23 35 23 - GSM: 06 61 51 36 42 E-mail: doumayoun@yahoo.fr - doumayoun@gmail.com

Mustapha BENRHAMOUS  
Kinésithérapeute  
10 rue de Madrid  
80000 AGADIR

-----  
TEL 05 28 82 57 51

Agadir, 01/03/2024

## FACTURE N 02/24

Je soussigné, Mustapha BENRHAMOUS, certifie avoir effectué 12 séances de

rééducation fonctionnelle pour ~~ITÉRABEROUCH MERYEM~~ prescrites par ~~D<sup>r</sup> DOURA~~

Le montant des honoraires s'élève à 1800DH (Mille Huit cent Dirhams).

- 1) 24/01/2024
- 2) 26/01/2024
- 3) 30/01/2024
- 4) 02/02/2024
- 5) 06/02/2024
- 6) 09/02/2024
- 7) 13/02/2024
- 8) 16/02/2024
- 9) 20/02/2024
- 10) 23/02/2024
- 11) 27/02/2024
- 12) 01/03/2024

Mustapha BENRHAMOUS  
Kinésithérapeute Agadir  
Tél: 05 28 82 57 51

Mustapha BENRHAMOUS  
Kinésithérapeute Agadir  
Tél: 05 28 82 57 51

N°ice : 001212099000060

IF : 75940720

JNLE : 09 6063524

State DOB No W21-819348

due 10/12/2024

2024-10-12 09:00:00  
2024-10-12 09:00:00  
2024-10-12 09:00:00

2024-10-12 09:00:00  
2024-10-12 09:00:00  
2024-10-12 09:00:00