

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.

EC Filal Hinda

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

N° W19-585274

Kine

4994

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4726

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ben Abdellah El Fakir Hinda

Date de naissance :

25/12/59

Adresse :

104 Rue Benatine Wakha - Agadir

Tél. :

0663722206 Total des frais engagés : 20000 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 :

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 : Meknès

Signature de l'adhérent(e) :

RAH

Le : M 10/01/2021

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 : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
My Kiné Prévention-Rééducation-Entretien 85 Angle Bd. Yacoub Elmanoussi et Rue Nassiheddine 1 Etage Fixe : 0522 996 212	31/12/2020	12	Séances de Aunis			240.00 Dhs (205.74 / seances)

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODDF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The arch is oriented with a horizontal axis (D-G) and a vertical axis (H-B). The teeth are numbered as follows: Top row: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. Bottom row: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The numbers are placed on the mesial (inner) side of each tooth. The horizontal axis (D-G) is marked with 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 from left to right. The vertical axis (H-B) is marked with 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 from top to bottom.

(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

Facture / Note D'honoraires :

N° : 140 / 2020 Date : 31.12.2020

12 séances de 45mn,
pour Rééducation du rachis cervical

Au prix de 24.000 Dt (soit 2000 Dt / séance)

Adresser à H^o Benabd el krim el Filali Hinda

Durant la période du 04.12.2020 au 31.12.2020

Sur ordonnance du Dr Benyahya El Ouarda

Signature:

My Kine
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yaacoub El Mansour
et Socrate 1er étage N°1
1^{er} Rue Nassreddine 1^{er} Etage
Fixe : 0522 996 212

RC : 384365

Patente : 35892484

C.N.S.S : 5634771

IF : 24837240

ICE : 001939724000080

Adresse:

85 Intersection Yaacoub El Mansour
et Socrate 1er étage N°1

Tél.: 05 22 996 212

E-mail: contact@mykine.ma

Professeur BENYAHYA Elouarda

Rhumatologue

Spécialiste des maladies des os,
des articulations et de la colonne vertébrale

Echographie Ostéoarticulaire
Mésothérapie

Ex-enseignante à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة بنحيي الوردة

أخصائية في أمراض المفاصل
والعظام والعمود الفقري

الفحص بالصدى للمفاصل
الميزوثيرابيا

أستاذة سابقا بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 05/11/2025 الدار البيضاء في :

Ordonnance de rééducation

Nom, Prénom : BENYAHYA ELHARIM ELFILAL HINDA
Diagnostic : CERVICAL

Faire 3 séances par semaine de rééducation du rachis cervical :

- Physiothérapie
- Massages myorelaxants
- Mobilisations passives et actives
- Renforcement musculaire en statique
- Reprogrammation oculo-cervicale et cervico-scapulaire
- Entretien musculaire et hygiène de vie

Nombre de séances :

12 séances

Pr. E. BENYAHYA
Professeur E. BENYAHYA
RHUMATOLOGUE
Angle Bd. Abdelloumen et Bd. Anoual
Etage N° 405 - Casablanca
Tél : 0522 86 21 93 - Fax : 0522 86 51 75 - GSM : 0661 07 33 32 - E-mail : e.benyahya@yahoo.fr

Devis / Demande d'accord



Date : 09.11.2022

Prévention - Rééducation - Entretien

12 séances de Amm, pour Rééducation du rachis cervical

Au prix de 2400.00 (soit 200.00/ séance)

Adresser à Bemabab el krim El filaki Hind

Durant la période du 09.11.2022 au 12. Séances

Sur ordonnance du Dr Benyahya El Ouadra

Signature:

My Kiné
Prévention-Rééducation-Entretien
85 Angle Bd. Yaacoub Elmansour
et Rue Nassiheddine 1 Etage
Fixe : 0522 996 212

Adresse:

85 Intersection Yaacoub El Mansour
et Socrate 1er étage N°1
Tél.: 05 22 996 212
E-mail: contact@mykine.ma

RC : 384365

Patente : 35892484

C.N.S.S : 5634771

IF : 24837240

ICE : 001939724000080

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 4726 e-mail : lounchaf.filali@gmail.com Phones : 066 372 27 06
Nom et Prénom de l'adhérent : BENABDELLAH IM El Fatihi Hmouda
Nom et Prénom du bénéficiaire : II

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.
Nécessite
Un acte coté à la nomenclature (*préciser le coefficient*)

Une hospitalisation de (*approximatif*)
A (*préciser l'établissement hospitalier*)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.