

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Instructions 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

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° P19- 0041028

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1345 Société : RAN 59388

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABEROUCH Mervem

Date de naissance : 30/8/48

Adresse : Rue 810 N° 15 - AL NASSIRA AGADIR

Tél. 066034037 Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-041028

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) : ABEROUCH Mervem

Total des frais engagés : 1500 DH

Date de dépôt : 19/3/2024

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	
Mustapha BENRHAMOUS Kinésithérapeute - Ostéopathe 10, Rue de Madrid - AGADIR Tél : 05 28 82 57 51	12 MARS 2021		10 AM / 1g			

VOLET ADHERENT

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

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 canalaux, ainsi que le bilan

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. Maryam EL AADMI Rhumatologue

Spécialiste des maladies des os, des articulations, des tendons,
du rhumatisme et de la colonne vertébrale.

Diplômée en Echographie Osteo-articulaire de Paris.

Ancien médecin à l'hôpital de Rennes (France).

الدكتورة مريم العظمي

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والروماتيزم والعمود الفقري

دبلوم الفحص بالصدى للمفاصل والأوتار بباريس

طبيبة سابقة بمستشفى رين بفرنسا

Agadir, le : 22/12/2020

MME ABEROUCH MERYEM

Faire pratiquer par un kinésithérapeute DE, 10
séances de REEDUCATION CERVICALE, à raison de 2 à
3 séances par semaine avec :

- Massages doux et chaleur trapézo-cervicale
- Renforcement musculaire par contractions isométriques contre résistance manuelle, en infra-douloureux
- PAS de manipulation
- Reprogrammation musculaire par rééducation oculo-céphalogyre

Dr. Maryam EL AADMI
- Rhumatologue -
Av. Al Moukawama Résidence Tifaouine E1,
N°23, 2ème Etage - AGADIR
Tél. : 05 28 82 85 75

شارع المقاومة - إقامة تيفواين - رقم 23 - الطابق الثاني - أكادير - الهاتف/الفاكس: 05 28 82 85 75

Av. Al Moukawama, Résidence Tifaouine E1, N°23, 2ème Etage - Agadir - Tél./Fax: 05 28 82 85 75

Email: maryamelaadmi@gmail.com

Mustapha BENRHAMOUS
Kinésithérapeute-Ostéopathe
10 rue de Madrid
80000 AGADIR

TEL 05 28 82 57 51

Agadir,

12 MARS 2021

FACTURE N 03/21

Je soussigné, Mustapha BENRHAMOUS, certifie avoir effectué 10 séances de

rééducation fonctionnelle pour M^{re} ABEROUCH MERYEM prescrites par D^r EL AADILI

Le montant des honoraires s'élève à 1500 DH (Mille cinq cent dirhams).

- 1) 19/02/2021
- 2) 22/02/2021
- 3) 24/02/2021
- 4) 26/02/2021
- 5) 01/03/2021
- 6) 03/03/2021
- 7) 05/03/2021
- 8) 08/03/2021
- 9) 10/03/2021
- 10) 12/03/2021

Mustapha BENRHAMOUS
Kinésithérapeute - Ostéopathe
10, Rue de Madrid - AGADIR
Tél: 05 28 82 57 51

Mustapha BENRHAMOUS
Kinésithérapeute - Ostéopathe
10, Rue de Madrid - AGADIR
Tél: 05 28 82 57 51

Mustapha BENRHAMOUS
Kinésithérapeute-Physiothérapeute
10 rue de Madrid
80000 AGADIR

TEL 028 82 57 51

AGADIR , Le 23 DEC. 2020

DEVIS

Pour M^{re} ABERNACHE MERYEM

Forfait de 10 séances de rééducation fonctionnelle : 1500 DHS (Mille cinq cent Dirhams).

AMM₉ = 150 DIT

Mustapha BENRHAMOUS
Kinésithérapeute - Ostéopathe
10, Rue de Madrid - AGADIR
Tel: 05 28 82 57 51