

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-635994

78 348

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12585 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BENBRAHEM Anass  
 Date de naissance : 14/01/1985  
 Adresse : Résidence Le Crête de Californie Imm. Jasmin Etage 2ème Appt 13  
 Tél. : 0661036570 Total des frais engagés : 500,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : S. LAHLOU EL KABBAL Pédiatre Avenue Hassan II - Casablanca Tél. 22 27 87 88  
 Date de consultation : 07/07/2021  
 Nom et prénom du malade :   
 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 : Casablanca Le : 07/07/2021  
 Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT



### 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
07/06/21	...	...	...	INP : ... S. LAHLOU pédiatre Avenue Hassan II - Casablanca Tél. 0522 27 97 88

### 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
		A M	P C	I M	I V	
Zineb Taxi Benhayoune Kinésithérapeute Résidence Al Moudjahid - 1er étage - Casablanca et Anoual - Tél. 0522 98 07 41	07.06.21 08.06.21	AMG				(Aucun) 200,00 (Aucun) 300,00 = 500,00

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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"/>										
				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			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"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[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

Dr. Sabah LAHLOU - EL KABBAJ

PEDIATRE

Diplômée de Faculté de Médecine de Strasbourg

الدكتورة صباح الحلو القباچ

اختصاصية في امراض الطفل والرضع

خريجة كلية الطب بـستراسبورغ

Casablanca le, 07/06/2021

BENBRAHIM Mamoun

Poids : 4,2 Kg

KINESITHERAPIE RESPIRATOIRE  
3 SEANCES

Dr S. LAHLOU EL KABBAJ  
Pédiatre  
45 Avenue Hassan II - Casablanca  
Tél. 05 22 27 87 88

45, Avenue Hassane II - Casablanca

45. شارع الحسن الثاني - الدار البيضاء

Tél. C. : 05 22 27 87 88 : العيادة

Fax : 05 22 20 74 04 : فاكس

Urgence : 06 61 31 28 38 : المستعجلات

زينب (النازي) بنحويو

اختصاصية في العلاج الطبيعي  
والترويض الطبي

**Zineb Tazi  
Benhayoune**

Kinésithérapeute D.E.

Spécialiste en Rééducation Périnéale  
& Urogynécologique  
Rééducation Respiratoire  
Ex. M.K. des Hôpitaux de Paris

Résidence Al Mawlid IV  
Angle Bd Abdelmoumen et Anoual  
Apt. B 16 - 1er étage  
Casablanca - Maroc

Tél. 0522 98 07 41

E-mail : zitacab@menara.ma

ICE : 001718174000037

## NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, le : 09.06.2021

Nom et Prénom : BB Beubrahim Hamam

Diagnostic : Encombrement Bronchique

Intervention : Kinésithérapie Respiratoire

Cotation : AMH8

Honoraires : 1 x 200 DH (Au Cabinet) +  
1 x 300 DH (A domicile) = 500 DH

Signature :

**Zineb Tazi Benhayoune**  
Kinésithérapeute  
Résidence Al Mawlid IV - Angle Bd Abdelmoumen  
et Anoual - Apt. B 16 - 1er étage - Casablanca  
Tél. 0522 98 07 41