

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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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° M21- 0057918

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2821

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIL DRIS

Date de naissance : 1954

Adresse : CASAB

Tél. : 0661 672111

Total des frais engagés : 1500,00

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) :

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

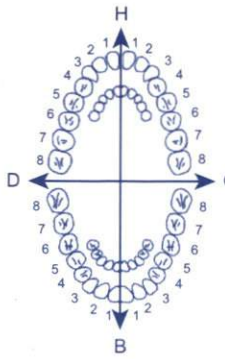
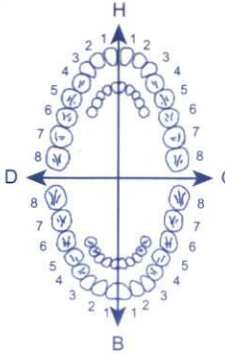
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

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 COEFFICIENT 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casimir 25/08/2021

à l'adresse de la poste
Nantes

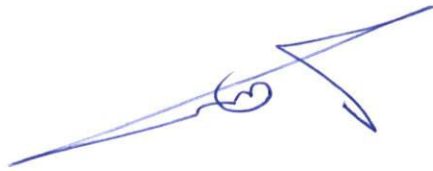
Brigitte

Y'a d'homme de un être a fait
un van expliquant que j'ignorais qu'il
fallait solliciter un passe en charge pour

les Stages de Vire: pour l'annonce l'Amay Saint

Je van fine d'exercer mon ignorance
concernant cette procédure

Stéphane Bress 2821



JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
23/6/21	15h00				
25/6/21	08h30				
26/6/21	9h30				
30/6/21	9h30				
05/07/21	9h30				
07/07/21	11h00				

En cas d'indisponibilité, prière d'aviser pour
Autrement les rendez-vous non respe
Merci pour votre compréh

Yassir ARSAOUI

Diplômé de l'Académie de Moscou
Kinésithérapie – Electrothérapie
Gymnastique Médicale
• Massages Médicaux



عرساوي ياسر

خريج أكاديمية موسكو
الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

Casablanca, le

12/07/2021

FACTURE

Nom & Prénom : *M^{me} SABIL SAADIA*

Employeur :

A.T : du

Assurance : N° réf. :

*10 séances de Kinésithérapie pour
Gonarthrose.*

10 AMM₁₀ = 10 x 150

Total :

1500,00

MAD

Arrêter la présente facture à la somme de

15 mille

cinq cents dirhams

Cabinet de Kinésithérapie
ARSAOUI Yassir
Lotissement Missimi Rue 20 n°7
Bd. Abou Regrag - Hay Hassani
Tél. : 05 39 00 1116
GSM : (+212) 66 50 133 659

Autorisation n°10°/DAA/SPA du 2005/05/03

Lotissement Missimi - Rue 20 n°7 - Bd. Abou Regrag Hay Hassani Casablanca - MAROC

Tél. : +212 808 532 136 • GSM : +212 650 133 659

ICE n° 001681346000046 - IF n°51453019 - Patente n°35020137 - CNSS n°7272785



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Sabir Saeed

Casablanca le :

12/6/21

Gonarthrose

⇒ Kinésithérapie

a but analgésique (OS, muscles)

et renforcer les muscles

et autres interventions

faire 2 séances / se

à 10

Dr IBN ABDELJALIL H.
Rhumatologue
Immeuble de la Commune Apt 3
Angle Route d'Azemmour
Bd Sidi Abderahman Casablanca
Tel: 0522 89 38 88/95

Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Apt. 3, 3ème étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ✉ ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr