

## 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

- 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N°

84092

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 10220		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : E2-2MAUF Rachid.	
Nom & Prénom : E2-2MAUF Rachid.			
Date de naissance : 01/01/1971			
Adresse : 0666 26 30 25			
Tél. : 0666 26 30 25		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	

**MUPRAS BOUZAACHANE**  
**ACCUEIL**

14 OCT. 2021

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 ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W19-422663	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

## 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

(Failure)

AUXILIAIRES MEDICAUX (Facture)					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
 e de Kinésiologie 337, Parc Sainte-Anne 36e étage 36 - CASABLANCA Tunisie 05-20-87-05	04/10/2021 05/09/2021 05/09/2021 05/09/2021 05/09/2021	AM 78	seances de rééducation		1500 x 8 = 12000,00 DT

## VOLET ADHERENT

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

### [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

# Docteur Abdelghani Aboutika

Orthopédiste-Traumatologue

Diplômé de la faculté de médecine de Brest-France

Ancien Attaché aux Hôpitaux de Brest

Microchirurgie de la main

Arthroskopie

1<sup>er</sup> Ezzehof

retina - Ezzeh

Casablanca, le 09.09.2021...

68

Séances de rééducation fonctionnelle

(Proprioceptive) pour ..... la main ..... ,

Massage physiothérapie mobilisation.

Diagnostic : torticolis

Ordre de Kiné 1<sup>er</sup> étage Panoramique  
S.A.P. 1<sup>er</sup> étage Panoramique  
03. Ed. Panoramique 1<sup>er</sup> étage  
Centre Pasteur, N° 25 - C.A.C.A.B. ANCA  
Tél : 05.22.59.49.95

1<sup>er</sup> étage - Centre Médical Sidi Othmane 5<sup>me</sup> étage  
SIDI OTHMANE - CASABLANCA  
Orthopédiste - Traumatologue  
Faculté d'Amiens - Centre Médical Sidi Othmane  
Orthopédiste - Traumatologue

Avenue 10 Mars-Place de la préfecture-Centre Médical Sidi Othmane 1<sup>er</sup> étage  
Tél : 05.22.59.58.35

# CENTRE DE KINESITHERAPIE PANORAMIQUE. S.A.R.L A.U

Casablanca, le 04/10/2021

Facture N°0210821

Centre de Kinésithérapie Panoramique  
203 Bd Panoramique, résidence Panoramique  
3<sup>eme</sup> étage, N°36 - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 87 40 06

Nom et Prénom du malade : ... H<sup>u</sup>e CHAABANI...Fatima-Zahra.....

Nature de la maladie : ...Téhicalis.....

Médecin prescripteur : ...Dr. ABOUTIKA.....

Date de début des séances : ...13.10.9.12021.....

Date de la fin des séances : ...01.11.12021.....

Nombre de séances : ...8 séances à raison de 3 séances par séance

Coût de la séance : ...150,00.DH.....

Total : ...1200,00.DH.....

Arrêtée la présente facture à la somme de : ...Mille...deux...cents...dirhams.....

203, Bd panoramique, résidence panoramique II, 3<sup>eme</sup> étage, Appt.N°36- Casablanca.

Tél. : 05 22 87 40 06

R.C: 253099 - Patente: 37979570- IF: 40468202 - CNSS: 9105992

ICE: 000198783000063

# CENTRE DE KINESITHERAPIE PANORAMIQUE. S.A.R.L A.U

Casablanca, le 04/10/2021

Nom et prénom : Fatima CHABAOU Chahrou

Calendrier des séances de rééducation :

08 séances à raison de 3 séances par semaine.

Numéro de séance	Dates des séances
1	13/09/2021
2	15/09/2021
3	17/09/2021
4	20/09/2021
5	22/09/2021
6	24/09/2021
7	28/09/2021
8	01/10/2021

Centre de Kinésithérapie Panoramique  
S.A.R.L A.U  
203, Bd. Panoramique II, Résidence Panoramique  
3<sup>ème</sup> étage, N° 36 - CASABLANCA  
Tél. : 05 22 87 40 06

203, Bd panoramique, résidence panoramique II, 3<sup>ème</sup> étage, Appt. N° 36- Casablanca.

Tél. : 05 22 87 40 06