

**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.

Biologie 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° M20- 0002296

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1925 Société : R.A.M.

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUACHAR M'HAMED

Date de naissance : 17.7.1955

Adresse : 32 Bd M JANVIER ANFA JOHANNENA

Tél. 0661192324 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/11/2021

Nom et prénom du malade : BOUACHAR M'HAMED

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 2000

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) :

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
<i>au 10/10</i>	<i>g</i>		<i>G</i>	<i>Signature</i>

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	
<i>Narjisse BENMOUSSA</i> <i>Masseur-Kinésithérapeute</i> <i>Imm. les Bosquets Lot Anfa la Coline</i> <i>Pharmacia - Tél : 05 23 28 50 40</i>	<i>20/10/2011</i>		<i>20 x 15000 = 300000</i>			

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



NARJISSE BENMOUSSA

Masseur - Kinésithérapeute

Narjisse BENMOUSSA Mohammedia le : 24/11/2021
Masseur-Kinésithérapeute

2, Imm. les Bosquets Lot Anfa la Colline
Mohammedia - Tél. : 05 23 28 50 40

Facture N° :

210111

Pour Séance de Rééducation Fonctionnelle

Nom et Prénom

M. Boudhar - M. HAMED.

Assurance

MUPRAS

Médecin prescripteur

D. Lamia BoudZaoui

Nombre de séances

20 séances de rééducation du rachis cervical

Nature de soins

physiothérapie, massage, Etirement
et renforcement musculaire.

Prix unitaire	Nombre de séances	Montant Total
1500H.	20	30000H

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille dirhams.

Narjisse BENMOUSSA
Masseur-Kinésithérapeute

2, Imm. les Bosquets Lot Anfa la Colline
Mohammedia - Tél. : 05 23 28 50 40



Centre BENMOUSSA
de Kinésithérapie



Nom et Prénom :

M^r Boudhar M'HAMED

Diagnostic :

Cervicalgie.

Kiné traitant :

med.

1-2 Imm, les Bosquets, Lot Anfa la Colline - Mohammedia

Tél / Fax : 05 23 28 50 40 - GSM : 06 61 24 63 30

07110 ¹ 15h00	22110 ⁷ 11h00	05111 ¹³ 16h00	22111 ¹⁹ 11h30
09110 ² 12h00	26110 ⁸ 12h00	08111 ¹⁴ 10h00	24111 ²⁰ 11h00
12110 ³ 15h30	27110 ⁹ 15h00	10111 ¹⁵ 16h00	
14110 ⁴ 17h00	29110 ¹⁰ 12h00	12111 ¹⁶ 10h00	
18110 ⁵ 12h00	01111 ¹¹ 12h00	15111 ¹⁷ 11h30	
20110 ⁶ 10h00	03111 ¹² 17h00	17111 ¹⁸ 15h00	

21

22

23

24