

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

Nº M20- 0002296

95370

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1925 Société : R.A.M

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BOUADCHAR M'HAMED

Date de naissance : 17.7.1955

Adresse : 32 Bd 11 JANVIER ANFA

JOHANNESVIA

Tél. 0661199394 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Amia BOUAZZAOUI  
Rhumatologue  
Rue ASFI - Résidence Ismail  
Appt 5 Mohammedia

Date de consultation : 24.11.2021

Nom et prénom du malade : BOUADCHAR M'HAMED 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 : 06/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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
av av av	as	G	32 7785	Signature : ... Date : 15/01/2015 L'acte a été payé par : ...

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<u>Montant de la Facture</u>

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Narisse BENMOUSSA Masseur-Kinésithérapeute Immeuble les Bosquets Lot Anfa la Coline Télé: 05 23 28 50 40	2023-11-20	200	200	200	200	200 x 1500 = 300000

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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

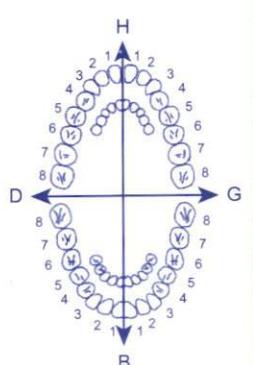
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
		<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D ————— G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D ————— G		00000000	00000000	35533411	11433553	Coefficient des travaux
25533412	21433552												
00000000	00000000												
D ————— G													
00000000	00000000												
35533411	11433553												
			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 : 21/11/2021.

~~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'Boudiha - M'HAMED.

Assurance

: MUFRAS.

Médecin prescripteur

: Dr Hamia Boudzzioui

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
150DH.	20	3000DH

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<sup>r</sup> BOUDJAHAN M'HAMED.

Diagnostic : cervicalgie.

Kiné traitant : M<sup>r</sup> med.

1-2 Imm, les Bosquets, Lot Anfa la Colline - Mohammedia  
Tél / Fax : 05 23 28 50 40 - GSM : 06 61 24 63 30

07/11/07 <sup>1</sup> 15h00	22/11/07 <sup>7</sup> 11h00	05/11/07 <sup>13</sup> 16h00	22/11/07 <sup>19</sup> 11h30
09/11/07 <sup>2</sup> 12h00	26/11/07 <sup>8</sup> 12h00	08/11/07 <sup>14</sup> 10h00	24/11/07 <sup>20</sup> 11h00
12/11/07 <sup>3</sup> 15h30	23/11/07 <sup>9</sup> 15h00	10/11/07 <sup>15</sup> 16h00	
14/11/07 <sup>4</sup> 13h00	29/11/07 <sup>10</sup> 12h00	12/11/07 <sup>16</sup> 10h00	
18/11/07 <sup>5</sup> 12h00	01/11/07 <sup>11</sup> 12h00	15/11/07 <sup>17</sup> 11h30	
20/11/07 <sup>6</sup> 10h00	03/11/07 <sup>12</sup> 14h00	17/11/07 <sup>18</sup> 15h00	