

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

- Reclamation : 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 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-628830

95-B7

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>3289</u> | Société : <u>SBAILI DRISS</u> | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre | |
| Nom & Prénom : <u>SBAILI DRISS</u> | | | |
| Date de naissance : <u>12.5.1958</u> | | | |
| Adresse : <u>12 Avenue Me</u> | | | |
| Tél. : <u>06 79 47 12 22</u> | | | |
| Total des frais engagés : <u>3932.84</u> Dhs | | | |

| | | | |
|---|---|--|--|
| Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019 | Cadre réservé au Médecin | | |
| | <input type="checkbox"/> Cachet du médecin : <u>DR. Hasna A. Rhumatologie 14. Bd. de F...</u> | | |
| Date de consultation : <u>03.12.2024</u> | Nom et prénom du malade : <u>SBAILI DRISS</u> | | |
| Age : <u>66</u> | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | | |
| Nature de la maladie : <u>Lombalgie, polyarthrose</u> | | | |
| 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 : ORSA Le : 03 FEV. 2024

Signature de l'adhérent(e) : HAKIM

| | |
|---|--|
| VOLET ADHERENT | |
| Déclaration de maladie | N° W21-628830 |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |
| Matricule : <u>3289</u> | Nom de l'adhérent(e) : <u>SBAILI DRISS</u> |
| Total des frais engagés : <u>3932.84</u> | |
| Date de dépôt : | |

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/12/21 | CS | | 30000 | 09/11/21 INFORMATIQUE A. Bd. A. CAT |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Horaires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|------|----------------|----------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | 21/01/2022 | | | 1800 | 150 x 12 = DIA | 1800 |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

| 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"/> | | |
| |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | |
| | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | |

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصيل والعضلات
وأمراض العمود الفقري

Casablanca, le

09/19/91

الدار البيضاء في

72 Sbaâli Driss

1°) Chondrosulf 400 mg 5.7
283.00 + 1 gel x 3/j ap. repas
x 2 mois

16.90 x 4 5.7
2) Honart 1. ep x 2/j matin ap.
288.00 + 2 repas x 2 mois

3°) Nouceptol 1 app le soir au couchée
283.2.50 5.7

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA

Louis Hajj Fazeh Rue 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tel: 0522 93 10 28

5.7

Sur le bas du dos à l'insr 1/2

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ

6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ

6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

LOT : CA160
EXP : 09/24
PPC : 146,90 DH

PPC : 198,00 DH/C
C135
2024-04

REV. 2021/01/C

ZENITH Pharma
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ

6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

LOT : CA160
EXP : 09/24
PPC : 146,90 DH

LOT : CA160
EXP : 09/24
PPC : 146,90 DH

LOT : CA160
EXP : 09/24
PPC : 146,90 DH



LOT
CNK 6520-850
2024-04
PPC : 198,00 DH/C
REV. 2021/01/C

Dr. Hasna AZMI

Rhumatologue

Maladies des os, des articulations,
des muscles et de la colonne
vertébrale



الدكتورة حسناء عزمي

إختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصيل والعضلات
أمراض العمود الفقري

Casablanca, le 09/12/21 الدار البيضاء في

M^{me} Sbaa Li Djiss

Lombalgies modérées

sur lombathrose ébrouée et

discarthrose ébrouée

→ 12 séances de

Rééducatrice lombarie

Cabinet
Hasna
Kinésithérapeute et physiothérapeute
N^o 28 - app. N^o 2
Hay Salam, lot. Riba N^o 28
Hay Faich - El Guitta
Casablanca - Tel: 052285 80 18

physiothérapie
renforcement du para-
vetebral lombaire, du
abdominaux et étirement
des ischio - Jambe

2 x / Sem



Cabinet de kinésitherapie HASNA KASMI

Hay Salam, lot Rida N28
app. N2 rdc casablanca
Tél. : 05 22 65 80 18
facture

cabinetkasmi@gmail.com

N DE LA FACTURE 04/2022
MR DRISS SBEULI

FACTURE

Date de facture

21/01/2022

| numero de sceance | DESCRIPTION | Column1 | PRIX UNITAIRE | C |
|-------------------|----------------------|---------|---------------|---|
| 1 15/12/2021 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 2 16/12/2021 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 3 18/12/2021 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 4 21/12/2021 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 5 23/12/2021 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 6 27/12/2021 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 7 29/12/2021 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 8 03/01/2022 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 9 06/01/2022 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 10 10/01/2022 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 11 13/01/2022 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |
| 12 21/01/2022 | rééducation physique | | 150,00 MAD | # |

payment cache

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE
CONFIANCE

TOTAL DES SEANCES

12*150= 1800,00dh



Hay Salam, Lot. Rida N 0 28

Haj Fateh - El oufia - Casablanca

ICE:002084819000055

RC: 430 556 - IF: 24975765

appt. N 0 2 rdc

Tél: 0522 65 80 18

N:CNSS:5945748

Patante: 36032630

Payé
On
Especie
Kinésitherapie HASNA KASMI
Hay Salam, Lot. Rida N 0 28
Casablanca - 28000 - app.
Tél: 0522 65 80 18