

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

N° W21-654554

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12567 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : EL MALKOON WASSINE

Date de naissance : 28/11/1987

Adresse : LES JNANE CALIFORNIE INN TAKOUT

5 Avenue CASA

Tél : 0662 54 58 49 Total des frais engagés : 1440 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Iham SEIDANI Rhumatologue-Nutritionniste

Date de consultation : 03/12/2021

Nom et prénom du malade : EL MALKOON WASSINE Age : 34

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

Nature de la maladie : Rhumatologie

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 : CASABLANCA Le : 03/12/2021

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
03/12/21				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

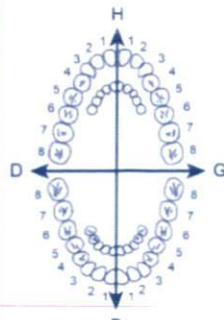
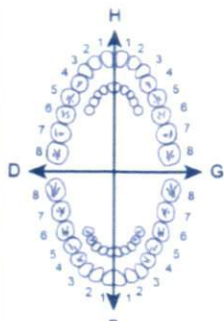
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Devis	13-12-21	X				1440,00dh
Facture	17/02/22	X				1440,00dh

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td>B</td> </tr> </table>				H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

الدكتورة إلهام سحباني
أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

العمود الفقري
هشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التغذية

03/12/2021

MR EL MAKTOUM WASSIME

Casablanca le :

Rééducation épaule dte

tendinite sub scapulaire

Physiothérapie antalgique

Massage décontracturant

Après disparition de la douleur :

Renforcement des tendons de la coiffe

Nombre de séances : 12 (2-3 séances/ semaine)

Dr. Ilham SEHBANI
Rhumatologue-Nutritionniste
404, Bd Al quods, Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca
Tél : 05 22 50 68 69 - GSM : 0767164383 - E-mail : cabinetsehban@gmail.com

شارع القدس (شارع يافا)، إقامة السكن الأنيق (تجزئة الصفا)، عمارة 404، الطابق الأول، رقم 7 عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Al quods (Bd Yafa), Résidence Assafaâ (Lot Assakane Al Anik), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca

Tél : 05 22 50 68 69 - GSM : 0767164383 - E-mail : cabinetsehban@gmail.com

- ✚ Neurologie
- ✚ Traumatologie
- ✚ Rhumatologie
- ✚ Gynécologie
- ✚ Pédiatrie
- ✚ Kinésithérapie Respiratoire
- ✚ Drainage lymphatique
- ✚ Rééducation vestibulaire
- ✚ Kiné périnéal
- ✚ Aménagement

Centre AIKA de Kinésithérapie

Facture

Facture N : **24/22**

Date:/CASABLANCA le : **17/02/2022**

Nom de patient : **MR EL MAKTOUM WASSIME**

Nom de médecin traitant : **ILHM SEHBANI**

Diagnostic	Nombre des séances	Dates	Prix unitaire	Prix total
AMMG+IR	12	15/01/2022 17/01/2022 19/01/2022 22/01/2022 24/01/2022 28/01/2022 01/02/2022 04/02/2022 05/02/2022 10/02/2022 14/02/2022 17/02/2022	120.00DH	1440.00DHs