

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 Étage 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° W21-690642

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9278 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : BENBOURDOUNA
 Date de naissance : 13/01/69
 Adresse : HAPOTULE
 Tél. : 0661460111 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : /
 Nom et prénom du malade : 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 : Le : 03/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-690642

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 : 9278
 Nom de l'adhérent(e) : BENBOURDOUNA
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
27/01/2024	Consultation	1	6	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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 Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	01/03/2024	5	1	1	1	

VOLET ADHERENT

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

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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
	[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



27.01.22

Blendine
Manna

L.E.C.

hanche

Skey

~~Mervem BOUASSAS
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Clinique Souissi - ANKPLM
GSM : 06 48 07 99 92~~

~~Pr. Fadoua ALLALI
Professeur en Rhumatologie
Hôpital EL Ayachi, - Salé
Tél. : +212 661 18 18 24
INP: 101123356~~

CLINIQUE SOUISSI

Centre Médico-Chirurgical
8, Rue Cadi Abdellah kabbaj, Souissi Rabat
TEL:0537-65-30-40 FAX: 0537 63 66 18
ICE 001660107000035

F A C T U R E

N° : 239 / 2022 du 01/03/2022

Médecin traitant : PR. ALLALI FADOUA

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme BENDOURO MOUNA	Payant	01/03/22	01/03/22

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
KINESITHERAPIE	5 seances	1,00	1 750,00	1 750,00
			Sous/Total	1 750,00
Total clinique				1 750,00

Arrêtée à la somme de :				TOTAL GENERAL	1 750,00
MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS					
Encaissé espèce.	Encaissé chèque	Total	Solde		

Meryem BOUKAS
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
CIP N° 46211/KPLM
GSM: 06 48 04 99 92

CLINIQUE SOUISSI
8, Rue Cadi Abdellah Kabbej
Quartier Souissi Rabat
Tél: 0537 65 30 40 / 0537 63 66 18



IRM 1.5 T - SPECTROSCOPIE - IRM MAMMAIRE
SCANNER 16 BARETTES - 3D - COLOSCAN - COLOSCOPIE VIRTUELLE - CONE BEAM - DENTASCAN - RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE - ECHOGRAPHIE - DOPPLER
RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISEE - MAMMOGRAPHIE NUMERISEE - STEREOTAXIE - RADIOLOGIE DENTAIRE NUMERISEE - OSTEODENSITOMETRIE
Dr. M. BENCHEKROUN, B.

Dr. A. BENCHEKROUN, M.

Salé le, 15/12/2021

Nom Et Prénom : Mme. BENDOUROU MOUNA
N° Patient / N° Dossier : 93571 / 161985
Médecin Traitant : Pr. Fadoua. ALLALI
Examen(s) Réalisé(s) : Echo hanche gauche

RESULTATS :

- Tendinopathie calcifiante du moyen fessier, doppler négatif.
- Existence d'une ostéophytose.
- Pas d'épanchement articulaire.
- Pas de synovite.

CONCLUSION :

- Tendinite calcifiante du moyen fessier et arthrose débutante de la hanche.
- A confronter aux données de la radiologie.

En vous remerciant de votre confiance

GROUPE RADIOLOGIQUE DE SALÉ
Dr. M. BENCHEKROUN, B.
12, Rue khlaifa R'Mel - Salé
Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77
Fax: 05 37 88 07 73

12, زقة خلافة، الرمل - سلا (أمام مارينا - سلا في اتجاه المقام الجميل).

12, Rue khlaifa R'Mel - Salé (En face de la Marina de Salé en direction de Beauséjour)

Patente: 28728529 - I.F: 03365749 - R.C: 4227 - N° CNSS : 6138813 - ICE : 000017043000007
Tél: 05 37 88 26 30 / 05 37 88 67 77 - Fax: 05 37 88 07 73 - E-mail : radiologiesale@yahoo.fr