

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 canaux, 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 canaux.

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

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

M22- N° 002264

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : RAM (Dentaire)
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SABIRI SAID
 Date de naissance : 05/11/52
 Adresse : 64 Rue Ezzizajoune
 B.D. LAGIRONDE, PAYS
 Tél. 066 81 81 24 Total des frais engagés : 2880,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/05/2022
 Nom et prénom du malade : SAID SABIRI Age : 69 ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Hypertension artérielle avec atherosclérose
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Oujda Le : 15/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
	CS		G.	

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

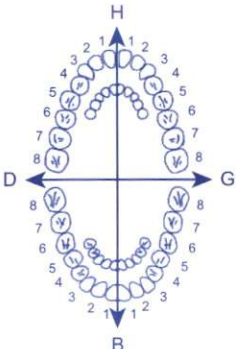
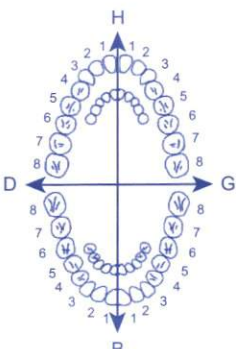
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	23/05/22		24 scanes			24 x 120 =
	12/08/22		le kine			2880 DH

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



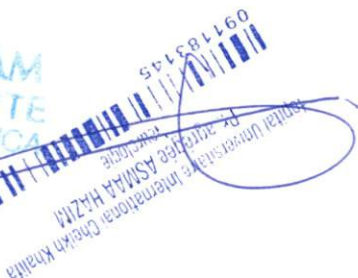
وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le : 04/05/2022.

Reeducation motrice.
et de l'équilibre
3 sésos / semaine pendant 3 mois.

Patient âgé de 69 ans,
suivi pour une myélite
Ataxie proprioceptive, ataxie
paraspino-cervicale à 4/5.

MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GIRONDE CASABLANCA
Tél : 0522-50-30-10





Cabinet Azzahraa

Mme MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE

Le 12/08/2022

FACTURE n° 59:2022

MR : SABIRI SAID

NOMBRE DE SEANCES	PRIX
24séances de rééducation	2880DH

Arrêtez la présente facture à la somme deux mille huit cent quatre vingt dirhams .

MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GIRONDE-CASABLANCA
TEL : 0522-54 30 16

Cabinet Azzahraa
Résidence Mariya B- 2ème étage-n°47 angles rue Ifni et Bd la Gironde - Casablanca
Tél : 0522 54 30 16
Patente n° : 32605520 / ICE : 001825661000031 / IF : 15209874

Cabinet Azzahraa



Mme MARFOUQ ILHAM KINESITHERAPEUTE

Calendrier de patient

Nom et prénom : Mr sabiri said

Nombre de séance : 24 séances de rééducation I Date début : 26/05/2022

Date de fin : 12/08/22

26/05/22	30/05/22	01/06/22	03/06/22	09/06/22	13/06/22	16/06/22	17/06/22	28/06/22	30/06/22
01/07/22	04/07/22	06/07/22	18/07/22	19/07/22	22/07/22	25/07/22	26/07/22	29/07/22	01/08/22

04/08/22	08/08/22	10/08/22	12/08/22						
----------	----------	----------	----------	--	--	--	--	--	--

MARFOUQ ILHAM
KINESITHERAPEUTE
LA GIRONDE - CASABLANCA
TEL : 0522-54-30-16

Résidence Maria B-2ème étage-n°47 angle rue IFNI et Bd La Gironde –Casablanca
Tél : 0522 54 30 16

Patente n° : 32605520/ICE : 001825661000031/IF : 15209874