

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

- 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

N° M21- 0021650

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENYASS ABDELHAFIA
 Date de naissance : 08/03/54
 Adresse : LOT 125 TRANCHE D L MAJINA L TAMBA
 SIDI OTMANE CASABLANCA
 Tél. : 0662189350 Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 11/05/2022
 Nom et prénom du malade : BENYASS Abdelhafid Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : SIDA
 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 : 11/05/22
 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
11/5/89				

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	
CENTRE DE KINESITHERAPIE ECLAIRISSEMENT SIDA SARL AU 06 22 70 86 78 Tél: 06 70 34 15 07	10/7/89					20 x 100 dh 2000 dh

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

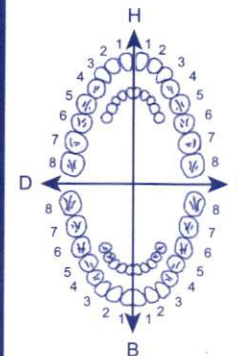
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

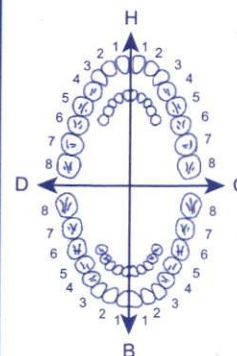
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

CASABLANCA LE :

الدكتورة نعيمة نبي

Docteur NAIMA NABIH

Médecin chef du centre de santé

CHRIFA

Tél. 06 00 04 41 21

Diabète . Nutrition . Obésité

Cholestérol . Médecine de travail

Maladies allergiques et respiratoires

ORDONNANCE

Dr Benyam.
Abdelhfid

CENTRE DE KINESITHERAPIE
ET L'AMINCISSEMENT SIHAM
SARL AU
Tél: 05 22 70 86 78
06 70 34 15 07

1) 25 séances

de kinésithérapie pour

le patient diabétique ODD +
anulés de Ate Dt et
dysfonctionnement du Ate Gg.

CENTRE DE KINESITHERAPIE
ET L'AMINCISSEMENT SIHAM
SARL AU
Tél: 05 22 70 86 78
06 70 34 15 07



ATTESTATION

Le 24/07/2022

Je soussigné, SIHAM MAJD, agissant en qualité de Kinésithérapeute, propriétaire au Cabinet de kinésithérapie et d'amaigrissement, situé au Boulevard Abdelkader Sahraoui Résidence GH 96 ALBAYDA 2 immeuble 1 app1 Casablanca.

Monsieur BENYASS Abdelhakich fait 20
seances de Rééducation depuis 12/05/22
jusqu'à 24/07/22.

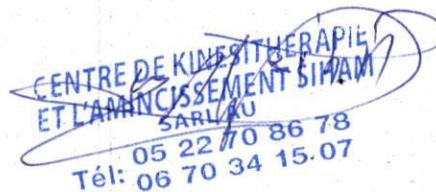
-> 12/05/22.
-> 14/05/22.
-> 16/05/22.
-> 18/05/22.
-> 20/05/22.
-> 23/05/22.
-> 25/05/22.

-> 27/05/22.
-> 30/05/22.
-> 01/06/22.
-> 03/06/22.
-> 06/06/22.
-> 08/06/22.
-> 10/06/22.

-> 17/06/22.
-> 24/06/22.
-> 15/07/22.
-> 22/07/22.
-> 25/07/22.
-> 29/07/22.

Fait à Casablanca

Cachet et Signature



1 APT 1 GH 96 Résidence al Baida 2rd 20450 Casablanca

TEL: 05 22 70 86 78 - GSM: 06 70 34 15 07

Patente: 32751776

IF: 40419120

RC: 397822

CNSS: 8849856

COMPTE BANCAIRE N°: 2121123850800003 BANQUE POPULAIRE

ICE 000 10 49 77 0000 58

SIHAM

Facture :

Fait Le : 20/10/2020

Nom : BEN YASS

Prénom : Abdelhak

Traitement : Recueil des Mhs

Nombre De Séances : 20 Séances

Total A Payer : 20 x 100 = 2000 Dhs

Arrêtez Le Présent devis à la somme de :

deux mille dhs

Cachet & Signature :

CENTRE DE KINESITHERAPIE
ET L'AMINCEMENT SIHAM
SARL AU
06 22 70 86 78
Tél: 06 70 34 15 07