

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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° W21-691354

*Confié*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 506		Royal AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN BEDDA JILALI		Date de naissance : 1942	
Adresse : MARITUELLE		Tél. : 4000,00 Dhs	
Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° : A-A-245/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	/
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-691354
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 : 506  
 Nom de l'adhérent(e) : BEN BEDDA  
 Total des frais engagés : 4000,00 DH  
 Date de dépôt : 06/07/23

## **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
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ANAS INDAM kinésithérapeute physiothérapeute Sidi Maarof 6, Rue 1 ; N° 1020 / 05 / 23 Casablanca Tél : 06.55.76.95.49				20 séance x 200 DH = 4000 DH.		

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
				<b>HIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																
	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25633412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>			H	21433552	25633412	00000000	<hr/>		D	00000000	<hr/>		35533411	11433553	<hr/>		B	00000000	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
H	21433552																			
25633412	00000000																			
<hr/>																				
D	00000000																			
<hr/>																				
35533411	11433553																			
<hr/>																				
B	00000000																			
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																				

# Anas INDAM

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Sidi Maârouf VI Rue 1<sup>er</sup> N° 102, 1 étage Casablanca

Tél : 0522.28.76.67 / Gsm : 06.65.76.95.49

E-mail : Centre.indam@gmail.com



## أنس إنضام

اختصاصي في الترويض الطبي  
واعادة التأهيل  
والعلاج الفيزيائي

سيدي معروف السادس الزنقة 1 الرقم 102 المطابق الأول - الدار البيضاء

الهاتف : 0522.28.76.67 - المحمول : 06.65.76.95.49

البريد الإلكتروني : Centre.indam@gmail.com

Sur Rendez-Vous

بالموعد

Casablanca le 10/05/23  
الدار البيضاء.

## Note d'Honoraires

Nom : ..... FILALI ..... BEN BEDDA .....

*FILALI ..... BEN BEDDA .....*

..... 20 ..... Séance de rééducation, massage et électrothérapie

..... 20 ..... Séance X ..... 200DH = ..... 400.0 ..... Dh

Devis arrêté à la somme de ..... 4000DH .....

*ANAS INDAM*  
kinésithérapeute physiothérapeute  
Sidi Maârouf 6, Rue 1, N° 102  
Casablanca  
Tél : 0522.28.76.67 / Gsm : 06.65.76.95.49



Casablanca, le

24/08/23

Lettre de refusation

- Nom : Titchi Benhadda
- Dgs facture le 03 juillet  
PIH Dr.
- CAT : ① Physiothérapie ambulatoire  
② Verbalisation + travail  
de la marche  
③ Rééducation musculaire  
20 séances (3 séances/semaine)

URGENCES 24/24 *Dr. Lakani El Hassane*  
*Spécialiste en Chirurgie et Traumatologie*  
*091201915*