

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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- 0053523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5954 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : DIBOUNE EL MOSTAFA
Date de naissance : 26/02/1961
Adresse : Habituée A 65899
Tél. : 0661550569 Total des frais engagés : 1600.00 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 : DEROUA

Le : 31/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDPN : 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

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

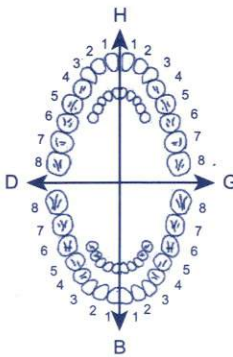
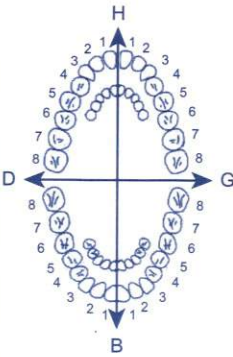
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE REEDUCATION BERRECHID KINESITHERAPIE & PHYSIOTHERAPIE 183 blvd Med V Berrechid	24/8/23	10				16.000,00 945

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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		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"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		G	00000000	00000000													
		B	35533411	11433553													
(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

Dr. Karim BENSALAH

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Nancy (France)

Chirurgie de Cerveau de la Moelle Epinière
et des Nerfs

Chirurgie de la Tête et de la Colonne Vertébrale
Electro-Encéphalographie
Adultes & Enfants



الدكتور كريم بنصالح

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

إختصاصي في جراحة أمراض الدماغ والأعصاب
جراحة الرأس والعمود الفقري والنخاع الشوكي

التخطيط الكهربائي للدماغ

للكتبار والصغار

Casablanca le : 19 MAI 2023

الدار البيضاء في

Nom: DIBOUNE

Prénom: EL MOSTAFA

Renseignements cliniques: NCB D

**Nécessite: 10 SEANCE DE REEDUCATION CERVICALE
ET MEMBRE SUP D (3 FOIS / SEMAINE)**

Dr Karim BENSALAH
Neurologue en
295, Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée du Persée, 1er étage, A9 - Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INPE: 091167338

CENTRE RÉÉDUCATION BERRECHID

Kinésithérapie & Physiothérapie

- Traumatologie & Orthopédie
- Rhumatologie
- Physiothérapie de la douleur
- Gynécologie
- Neuro-pédiatrie
- Esthétique & Amincissement

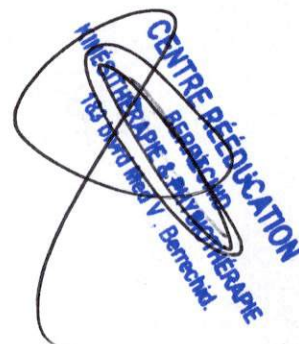
BERRECHID Le : 15/06/2023

CALENDRIER DES SEANCES DE KINESITHERAPIE

Nom & Prénom : Mr EL MOSTAFA DIBOUNE
Assurance : MUPRAS

Du 22/05/2023 Au 12/06/2023

- | | |
|-----------------|-----------------|
| - Le 22/05/2023 | - Le 02/06/2023 |
| - Le 24/05/2023 | - Le 05/06/2023 |
| - Le 26/05/2023 | - Le 07/06/2023 |
| - Le 29/05/2023 | - Le 09/06/2023 |
| - Le 31/05/2023 | - Le 12/06/2023 |



CENTRE RÉÉDUCATION BERRECHID

Kinésithérapie & Physiothérapie

- Traumatologie & Orthopédie
- Rhumatologie
- Physiothérapie de la douleur
- Gynécologie
- Neuro-pédiatrie
- Esthétique & Amincissement

Berrechid Le : 15/06/2023

F.A.C.T.U.R.E

Référence : 00257/2022

Nom&Prénom : EL MOSTAFA DIBOUNE

Assurance : MUPRAS

Quantité	Désignation	P.U.HT	Montant HT
10	Séance de Kinésithérapie (AMM10 + AMM10/2 + IR*0,75	150,00	1500,00
1	Pack D'électrodes Jetables	100,00	100,00

Net a Payer : 1600,00 Dhs

Arrêter La Présente Facture a la Somme de :

Mille Six Cent dirhams

**CENTRE RÉÉDUCATION
BERRECHID
KINÉSITHÉRAPIE & PHYSIOTHÉRAPIE
183 Blvd Med V. Berrechid.**