

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 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
M23-000706

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2765 Société : RAD
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Sauss Bahija Age: 1947
Date de naissance : 1947
Adresse : Avenue D. S. Slacini Rue Bouzakarane
Lettre de 1130145 Villa 1006 Casa Blanca
Tél. : 0661370625 Total des frais engagés : 2800 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Hame SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tél : 05 22 09 10 84
INPE : 91032458
Date de consultation : 5/09/2023
Nom et prénom du malade : Sauss Bahija Age: 1947
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint 2023 ☐ Enfant
Nature de la maladie : sd la diétic
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 : Casablanca Le : 20/11/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
05.09.23		1		Dr. Ilhame ST ASSI Professeur de 37, Rue Hassan I, Tunis Cabinets Médicaux - Tél: 05 22 22 10 84

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

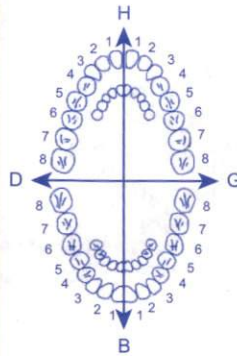
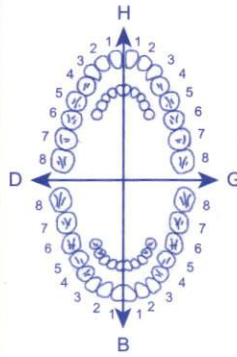
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
CABINET MEDICAL Dr. Ilhame ST ASSI Service de Kinésithérapie KHEIR LOUADI Tél: 05 22 22 10 84	25.09.23	ANM2	200 x 2			4000 d.R.

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 <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>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي

أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ
و أمراض الجهاز العصبي

Casablanca, le 05/09/2023

MME SOUSSI BAHJA

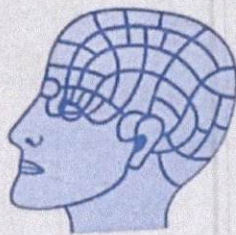
• **Faire: Rééducation fonctionnelle motrice**

Thermothérapie et massothérapie physiothérapie à visée trophique et antalgique sur les muscles Trapèzes, SCM paravertébraux. Renforcement axial couplé aux étirements axiaux cervicaux dorso-lombaires y compris les obliques et pectoraux; Apprentissage du verrouillage du dos et de la traction vers le haut avec allongement du tronc et du rachis, lutte contre l'antéversion des épaules. 20 séances

Dr. Ilhame SLASSI
Professeur de neurologie
37, Rue Hassan Hay Hana
Casablanca - Tél : 05 22 89 10 84
INPE - 091032458

Docteur Ilhame SLASSI CHRAIBI

Professeur de Neurologie



الدكتورة إلهام السلاسي الشرايبي
أستاذة اختصاصية في أمراض الدماغ
و أمراض الجهاز العصبي

Casablanca le 21.11.2023

Facture

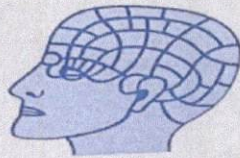
Nom Complet : Madame Soussi Bahija

Nombre des séances	Prix par séances	Total
15 Séances	200 DH (Deux cent dirhams)	2800 DH (Deux-mille huit cent Dirhams)

Total à payer en Dirham : Deux-mille huit cent Dirhams (2800 DH)

Signature du Kinésithérapeute

CABINET MEDICAL Pr. Dham
SLASSI CHRAIBI
Médecin de Kinésithérapie
KHBIR Loubna
Tél: 05 22 89 10 84



Calendrier des Séances de kinésithérapie

Nombre	14 séances
Date	21.11.2023

Date	Heure
05.10.2023	15 H
10.10.2023	15 H
12.10.2023	15 H
17.10.2023	15 H
19.10.2023	15 H
24.10.2023	15 H
26.10.2023	15 H
31.10.2023	15 H
02.11.2023	15 H
07.11.2023	15 H
09.11.2023	15 H
14.11.2023	15 H
16.11.2023	15 H
21.11.2023	15 H

Adressé à Madame Soussi Bahija

Signature Kinésithérapeute

CABINET MÉDICAL
Pr. Ilham SLASSI CHRAIBI
Service de Kinésithérapie
KHBIR LOUDIA
Tél.: 05 22 89 10 84