

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° W19-548299

STSSX

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	0929	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOUHNOUN KHADIJA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06.62.88.4942	Total des frais engagés :	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Dr. IDOUCHACH Hassan Rhumatologue Médecin du Sport 10, Avenue des F.A.R. Appt. 302 Tél.: 022.27.81.81 - Casablanca			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	22/11/21	Age:	
Nom et prénom du malade :			
MOUHNOUN khadija			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection rhu			
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° W19-548299	
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 :	0929
Nom de l'adhérent(e) :	MOUHNOUN
Total des frais engagés :	01/09/2021
Date de dépôt :	01/09/2021

EXECUTION DES ORDONNANCES 022.27.81.81 - Cat. 1

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 Patient	Date des visites	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre de kinésithérapie Raïaa Joubilli 6 Lot. Hadij Fathia Tunis - Taï / Farhat 72	29/01/21	15 séances de rééducation				P.U. 120.000 Dhs P.T. 1800.000 Dhs

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.															
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>										
					COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION 										
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000														
D	G														
35533411	11433553														
B															

الدكتور حسن إدشاش
Docteur Hassan IDOUCHACH
RHUMATOLOGUE - MEDECINE DU SPORT

Diplômé de la faculté de Médecine de Nantes, (FRANCE)

Ancien médecin au C.H.U. de Nantes

Ancien Rhumatologue à l'hôpital militaire Avicenne (Marrakech) أخصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا (مراكش)

خريج كلية الطب بنانت (فرنسا)

طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بنانت

أخصاصي سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا (مراكش)

Specialiste des :

- Rhumatismes
- Maladies des OS et articulations
- Maladies des muscles
- Maladies de la colonne vertébrale
- Podologie

أخصاصي في:

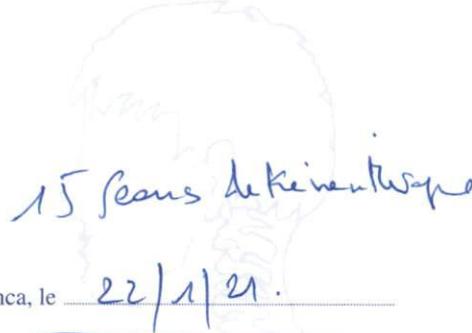
- الروماتيزم

- العظام و المفاصل

- الجهاز العضلي

- العمود الفقري

- أمراض الرجل



Casablanca, le 22/11/21.

Dr Hassan Khatib

جناح

- زumba
- physiothérapie
- كراس

2 francs / session

مركز التدريج الطبي
Centre de kinesithérapie
Rajaa Joubji
83, Rue 6 Lot. Hadj Fateh 5^e quartier Oulfa
Casablanca - Tel./Fax: 05 22 90 38 57

Dr. IDOUCHACH
Rhumatologue Médecin du Sport
10, Avenue des F.A.R. Appt. 302
Tel: 022 27 81 R1 - Casablanca



Centre de kinésithérapie
et d'amincissement
مركز الترويض الطبيعي
و تحسين الوزن

مركز الترويض الطبيعي
و تحسين الوزن

Centre de kinésithérapie
et d'amincissement

Casablanca Le : 29/01/21

D e v i s N ° 07121.

La somme de # 1800.00 DHS # (Mille huit cent dinars)

Pour : 15 séances de rééducation pour gonoarthrose

Durant la période du : au :

Adressé (e) par : _____

Pour Mr/Mme : Moumou Khadija

~~مركز الترويض الطبيعي~~
~~Centre de kinésithérapie~~
~~Rajaa Joubij~~
~~83, Rue 6 Lot. Hadj Fateh 5 Quartier Oulfa~~
~~Casablanca - Tel./Fax: 05 22 90 38 57~~

ICE = 00192938 2000052.

رقة 6، إقامة الحاج فاتح 5 - حي الألفة - الدار البيضاء
83, Rue 6, Lot. Hadj Fateh 5 - Quartier Oulfa - Casablanca

Tél/Fax : 0522 90 38 57 - Patente N°: 36254128 - I.F. : 14480903