

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 : N° S19-0003241

- ☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM** **105215**

Matricule : **12.976** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **13/10/1990**

Nom & Prénom : **EL GSSIER Hajar** Date de naissance : **13/10/1990**

Adresse : **Bd Abdelmeuenn Immb Apart 18, Hahammedia**

Tél : **06.006.8792** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **16/08/2022** Age : **31**

Nom et prénom du malade : **EL GSSIER Hajar**

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **ASTHME - COMPLICATIONS**

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 : **23/08/2022**

Signature de l'adhérent(e) : **Vluy**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0003241

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
16/02/2022	C	1	200,00	<div>Dr. KINÉ PARC Médecin Généraliste Central Park, Bâtiment D - 25ème Etage Imm. D, N° 45, Mohammed VI Tél: 05 23 27 18 99</div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<div>LA Pharmacie Angle Boulevard Mohammed VI et Rue Rif - Mohammed VI Tél : 05 23 32 05 62</div>	16.02.2022	283,40

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	AM	PC	IM	IV	Montant détaillé des Honoraires
<div>KINÉ PARC Afaf ABBOUD Kinésithérapeute - Physiothérapeute KAWAL PARK CENTER Imm. B - 25ème Etage Bureau 25 - Parc de Mohammed VI Tél.: 06 66 90 54 02</div>	Devis 16/02/2022	20 AM	x	10 séances		Total 2009,00 DHS

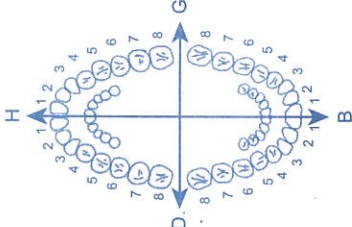
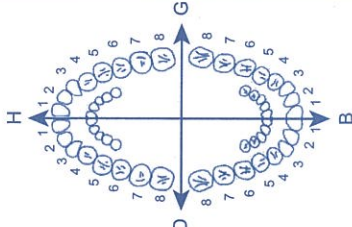
VOLET ADHERENT

115800

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
			
<div>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</div>			
<div>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</div> <div>H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div>			
			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Soaad Aït Seddik

- Diplôme en médecine générale de la faculté de médecine et de pharmacie de Rabat
- Diplôme universitaire en nutrition et diététique de l'université de Versailles
- Diplôme universitaire en prévention du vieillissement pathologique de l'université Paris XI

د. سعاد أيت الصديق

- دكتوراة في الطب العام من كلية الطب و الصيدلة من جامعة الرباط
- دبلوم جامعي في التغذية و الحمية من جامعة فرساي
- دبلوم جامعي في الوقاية من أمراض الشيخوخة من جامعة باريس XI

ORDONNANCE

Nom : Mme El Gssier Hajar

Date : 16/02/2022

Faire SVP :

10 séances de kinésithérapie pour cervicalgies et lombalgies chroniques

Dr. AIT SEDDIK Soaad
Médecin généraliste
Central Park, BD Abdelmoumen
Imm. D, N° 45, Mohammedia
Tél: 05 23 27 18 99

ICE : 002261665000037



061163382

KINÉ PARC
Afaf ABIBOUD
Kinesithérapeute
Physiothérapeute
Rés. KAMAL PARK CENTER Imm. D 6ème Etage
Bureau 25 - Parc de Mohammedia
Tél : 06 66 90 54 02

Central Park, BD Abdelmoumen, Immeuble D, N 45, 6ème étage, Mohammedia
سنترال بارك، شارع عبد المومن، عمارة د، رقم 45، الطابق السادس، المحمدية
Email: soaad@draitseddik.ma Tél: 05 23 27 18 99 : الهاتف



KINÉ PARC
KINÉSITHÉRAPIE - PHYSIOTHÉRAPIE

DEVIS

Date devis : 16/02/2022

Nom & Prénom du patient : Mme EL GSSIER Hajar

Médecin traitant : Dr Souad AIT SEDDIK

Rééducation	Nombre de séance	Prix de la séance en DHS	Total en DHS
Lombalgie-Cervicalgie	10	200	2000

KINÉ PARC
Afaf ABOUD
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
~~Res. KAMAL PARK CENTER Imme. B - 4ème Etage~~
Bureau 25 - Parc de Mohammedia
Tél. : 06 66 90 54 02

Résidence "KAMAL PARK CENTER" immeuble B, 4^{ème} étage, bureau 25. Parc Mohammedia.
(à côté de l'hôtel NOVOTEL)

ICE : 001874884000007 - TP : 39400357 - IF : 20730330