

## 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.
- 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
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| o Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| o Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| o 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 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-784262

**152668**

Autres

Optique

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **4/26**

Société : **12.000**

Actif

Pensionnée(e)

Nom & Prénom : **SENNAS Mohamna**

Date de naissance : **30-11-52**

Adresse :

**NOU AY DZEROUZ Villa Hammam**

Tél. : **06 61 15 36 31**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Date de naissance :

**NOV 1961 01 01 15 36 31**

Total des frais engagés :

**152668**

Cachet du médecin :

**Dr. BARGACH Zoubid**  
Neurochirurgien

Date de consultation :

**26/03/2023**

Nom et prénom du malade :

**Yousra Combalajir**

Lien de parenté :

**Lui-même**

Nature de la maladie :

**Yousra Combalajir**

Age :

**26**

Conjoint

Enfant

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 : **Yousra** Le : **26/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

- VOLET ADHERENT
- Déclaration de maladie
- N° W21-784262

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 : **4/26**  
Nom de l'adhérent(e) : **Yousra**  
Total des frais engagés : **152668**  
Date de dépôt :

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	
06.10.3.2023			GRANVILLE	INP : 1.2. BAREACH Neurochirurgienne Médical Office Center, Bd Abdelmoumen 3ème étage, N°75, Casablanca NUPF. 001263335	
EXECUTION DES ORDONNANCES					
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture			
ANALYSES - RADIGRAPHIES					
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
ANISOUFKIR	07/08/23	ANNA			30.150.000
Anisoufkir - physiothérapeute KINE PLUS Kinéthérapie KINE PLUS 1er Etg CENTRE DE LA RÉSISTANCE 61, Bd la Résistance - kinéplusday tel : 0522.301.666					

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p><b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
	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 PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>			
	D 25533412 00000000 00000000 00000000 00000000 35533411 11433553	H 214333582 00000000 00000000 00000000 00000000	G	
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
	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			

ORDONNANCE

Casablanca, le 06/03/23

Cher Collègue,

Permettez moi de vous adresser Mr Mohammed Bennani, âgé de 71 ans, pour lombalgie subaigue évoluant depuis 15 jours. Amélioration de la douleur avec traitement médical.

Merci de faire 10 séances de kiné :

- initialement kiné à but antalgique
- puis après disparition totale de la douleur, renforcement musculaire.

Bien fraternellement,

Dr Z. BARGACH

Dr. Z. BARGACH  
Neurochirurgienne  
Capital Office Center, 93 Bd Abdelmoumen  
3ème étage, N° 75 - Casablanca  
INPE : 09138825

📍 Capital Office Center, Angle Bd. Abdelmoumen et rue Arrachati, escalier 1,  
3ème étage, N° 75 - Casablanca ☎ 05 22 27 70 07 - Urgences : 06 07 00 79 99

✉ cabinet.drbargach@gmail.com

**OUFKIR Aniss**

Masseur  
Kinésithérapeute  
Physiothérapeute

*Kiné plus*

CASABLANCA LE : 07/03/2023

**Devis pour entente préalable**

**Spécialiste en :**

**Mr BENNANI Mohammed**

- Kiné sportive
- Cryothérapie
- Rééducation fonctionnelle
- Thérapie manuelle
- Kiné traumatologique
- Kiné rhumatologique
- Kiné neurologique
- Kiné pédiatrique
- Drainage lymphatique
- Massages

**Devis pour 10 Séances de rééducation pour :**  
**LOMBALGIE SUBAIGUE**

**Sous prescription du : Dr BARGACH**

**AMM9+IR = 150,00dh**

**Une séance d'acte cotée à la nomenclature :**

**$10 \times (AMM9+IR) = 1500,00 \text{ Dh}$**

**Devis arrêté a la somme de :**

**MILLE CINQ CENT DIRHAMS**

**Cachet et signature**

*Aniss OUFKIR  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
CENTRE KINE PLUS  
61, Bd la Résistance 1<sup>er</sup> Etg  
Tél : 0522.301.666 - kineplus@yahoo.fr*

**Centre KINEPLUS : 61, Bd de la résistance 1<sup>er</sup> étage /0522301666**