

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013676 149179

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1545 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KENYASS ABDELHAFID

Date de naissance : 08/03/54

Adresse : LOT 125 TRANCHE D IMBINA LJAIDA

SIA OT MANE CASABLANCA

Tél. : 0662189350 Total des frais engagés : 2500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/11/2022

Nom et prénom du malade : KENYASS Abdelhafid Age :

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

Nature de la maladie : DSD + ...

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD et 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 : 11/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actés	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
7/11/69	(C)		(A)	
	Télég de Kourouba			

[illegible][illegible]

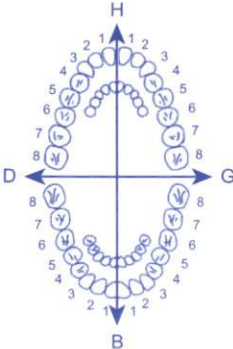
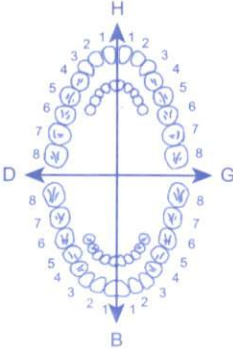
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IV	
 JD SIHAM thérapeute	11/02/2018		25	seances	25,00 dh
					25,00 dh
					25,00 dh
					25,00 dh

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

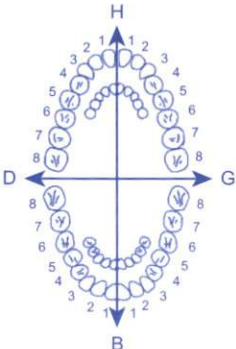
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
H D G G			MONTANTS DES SOINS		
H D G G					
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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	
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		DATE DU DEVIS	
		DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Ordonnance

Le 24/1/2022

DR. NABITH NAIMA
طبيب الشغل
الطبيب المختص بالوقاية
بمصلحة صحية في ظل الوباء
بمصلحة صحية في ظل الوباء

DR Bouayem
Abdelhafid

25 séances de
Kinésithérapie à base
de renforcement des
Adducteurs et des
extenseurs des Anches
des 2 cuisses +
les Anches du dos et

عيادة الترويض الطبي وتخسيس الوزن
Cabinet de kinésithérapie et de l'amaigrissement
MAJD SIHAM



ATTESTATION

Le : 11/02/23

Je soussigné, SIHAM MAJD, agissant en qualité de Kinésithérapeute, propriétaire au Cabinet de kinésithérapie et d'amaigrissement, situé au Boulevard Abdelkader Sahraoui Résidence GH 96 ALBAYDA 2 immeuble 1 app1 Casablanca.

Declare que Monsieur BENYASS Abdelhakid
fait 25 seance de Beldua. il est commencé depuis
26/11/23 jusqu'à 11/02/23 :

→ 26/11/22
→ 29/11/22
→ 13/12/22
→ 17/12/22
→ 20/12/22
→ 22/12/22
→ 24/12/22
→ 27/12/22
→ 29/12/22
→ 31/12/22

→ 3/01/23
→ 5/01/23
→ 10/01/23
→ 12/01/23
→ 14/01/23
→ 17/01/23
→ 19/01/23

→ 24/01/23
→ 26/01/23
→ 31/01/23
→ 2/02/23
→ 4/02/23
→ 7/02/23
→ 9/02/23
Fait à Casablanca
→ 11/02/23

Cachet et Signature

CENTRE DE KINESITHERAPIE
ET D'AMAIGRISSEMENT SIHAM
SABLAU
06 70 86 78
Tél: 06 70 34 15 07
MAJD SIHAM
Kinésithérapeute

1 APT 1 GH 96 Résidence al Baida 2rd 20450 Casablanca
TEL: 05 22 70 86 78 - GSM: 06 70 34 15 07
Patente: 32751776 IF: 40419120 RC: 397822 CNSS: 8849856
COMPTE BANCAIRE N°: 2121123850800003 BANQUE POPULAIRE
ICE 000 10 49 77 0000 58

SIHAM

Facture :

Fait Le : 11/02/23

Nom : BEN YASS

Prénom : Abdelhafid

Traitement : Réducteur des Mbs et gauche

Nombre De Séances : 25 Séances

Total A Payer : $25 \times 100 = 2500$ Dhs

Arrêtez Le Présent devis à la somme de :

deux mille cinq cents

CENTRE DE KINESITHERAPIE
ET L'AMINCISSEMENT SIHAM

Cachet & Signature :

05 22 70 86 00
Tél: 00 78 34 15 07

MAJD SIHAM
Kinésithérapeute