

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothésaire :

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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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° M21- 0011189

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

62622  
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3440601

Société :

Acte

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zeddouffeli Bouchra veuve de fikri

Date de naissance :

11/07/1960

Adresse :

178 Avenue 32 Avenue Hassan II arrondissement

Tél. : 0666128524

Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 10/03/2021

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-011189

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 : 3440601

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : 10/03/2021

## 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

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Dr. Hassan Saghir Mobile: 06 62 55 59 92	(DEU/S) 08/03/21	AN/2S				10x35 = 350

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

# سندس لحلو

مروضة طبية و معالجة فيزيائية

SOUNDOUS LAHLOU

KINÉSITHÉRAPEUTE – PHYSIOTHÉRAPEUTE

Diplômée de la Haute École Libre de Bruxelles - Ilya Prigogine

Diplômée de L'Université Paris V - René Descartes

Reéducation Fonctionnelle et Réhabilitation

Reéducation Oro-Maxillo-Faciale

Reéducation Uro-Gynécologique et Ano-Rectale

Drainage Lymphatique

Membre du Cercle d'Etudes et de Recherches en

Reéducation Oro-Maxillo-Faciale (CERROF)

Membre de l'Association Réseau Rééducation Périnéale et

Groupe de Recherche en Kinésithérapie Périnéale de France



خريجة المدرسة العليا للجراحة ببروكسل - إيليا بريغوجين  
خريجة جامعة باريس V - رينيه ديكارت  
الترويض والتأهيل الوظيفي  
ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه  
ترويض المسالك البولية التناصية و المخرج  
التصريف المفاوي  
عضو في دائرة الدراسات والأبحاث في  
(CERROF) ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه  
عضو في جمعية الشبكة و مجموعة البحث لترويض  
المسالك البولية التناصية و المخرج بفرنسا

Casablanca, le lundi 08 mars 2021

DEVIS

Madame EDDOUBLALI Bouchra

10 Séances de rééducation fonctionnelle maxillo-faciale.

Bilan maxillo-facial = 400 dhs

10 x 350 = 3900dhs

Signature  
Soundous LAHLOU  
Kinésithérapie, physiothérapeute  
33, Rue Abou El Hassan Seghir  
Casablanca - Tel : 06 62 55 59 82

LA MAISON DE LA RÉÉDUCATION

33 RUE ABOU EL HASSAN SAGHIR (RdC) – 20100 – MAĀRIF EXTENSION – CASABLANCA

TÉLÉPHONE : 05 22 25 56 55 / 06 62 55 59 82 – E-MAIL : LMDLR33@GMAIL.COM

عبدالخالق

الأستان

بيان بالدار البيضاء

الدار البيضاء، في

Dr ABDELKHALEQ SALWA  
CHIRURGIEN DENTISTE  
Diplômée de la F.M.D.C

Casablanca, le

24 - 02 - 81.



117, Rue Ibnou Mounir  
Maarif - Casablanca.  
Résidence Azzakka, 3<sup>me</sup> étage, N° 25

Prise de scâtie chez Mme Zabdonblihi  
la scâtie de l'incisive supérieure  
la patiente présente un DDI chronique  
avec limitation d'ouverture à 32 mm.

radiographie  
I. j. g. p. b.

117، زنقة ابن منير، إقامة الزرقاء - الطابق الثالث - الشقة رقم 25 - المغارف - الدار البيضاء  
117, Rue Ibnou Mounir - Résidence Azzakka - 3<sup>me</sup> étage - Appt N° 25 - Maarif - Casablanca  
الهاتف : 05 22 25 81 26  
Tél. : 05 22 25 81 26