

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## aire :

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.

## die 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

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.

RAS : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

118255

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1761**

Société : **RAN**

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : **BOUJEDDAA B. 17 Benmabrouk**

Date de naissance : **28.03.53**

Adresse : **lot 115 ALAYNOVN-LIESASFA**

CACABIAUCA

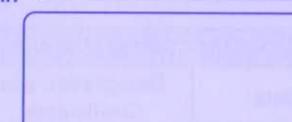
Tél. : **06 71 63 050**

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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

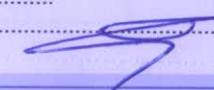
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0008611**

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 : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## 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	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>CENTRE KINÉMA</b> Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle 08, Bd Ghadafi, 6 Rue Saâd Saghir Casablanca Tél/Fax: 39.77.70 AUT N° 1731	08/06/22	15		Séances		3000 DH (Soit 200 DH par séance)

### 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 radiothérapie.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIBLES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

وصفة طبية  
Ordonnance

07/06/2022  
Casablanca, le :

Banane

kg

for 300 ml sur 500 ml  
contient glucose  
(100 g de glucose)  
+ amylase 500 ml  
- sucre monosaccharide  
+ protéines  
(10 g protéines)

Pr CHAGOU Aniss  
Orthopédie-Traumatologie  
INP : 093177519  
Tel : 0661552572

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 06.10.120.22

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 1761 e-mail : houdiboum@gmail.com Phone : 06.716.330.50  
Nom et Prénom de l'adhérent : BOUNEDDIAW Mohammed  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr Laïla ghaffar  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Bouneddia, Mohammed  
Nécessite 15 séances de rééducation du coude droit  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 15 séances de AM19

Une hospitalisation de (approximatif) Centre de rééducation  
A (préciser l'établissement hospitalier) Kimema

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

.....

.....

Cachet, date et signature du praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

.....

.....

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Kinésithérapeute & Physiothérapeute  
Diplômée de l'Université de MALAGA  
(Espagne)

108 Bd Ghandi,  
16 Rue Jabal Saghou - Casablanca  
Tél, Fax : 05 22 39 77 70  
E-mail : kinemacentre@gmail.com

Casablanca le : 08.06.22

## **DEMANDE D'ACCORD**

Pour une série de : 15 Séances de : ANN 9

Rééducation du  
coudé gauche

Au prix de 3000 DH (soit 200 DH/Séance)

Adressée à N° 1 Boumegdame Nohamned

Durant la période du 08/06/22 au 15 séances

Sur Ordonnance du Docteur Chagou Amiss

Avec mes remerciements,

**Leila GHALLAB**

**CENTRE KINEMA**  
Physiothérapie & Rééducation Fonctionnelle  
108, Bd Ghandi, 16 Rue Jabal Saghou  
Casablanca Tél/Fax: 39.77.70  
AUT N° 1131