

## 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

- Réclamation : 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-727337

Pour  
ACCES  
AC  
Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4720

Société : RAM Rebtouti

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : BELOUNET Nahas

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 10, Rue EL Farabi bay yasmine

Tél. : 0663180297

Total des frais engagés : 0 Dhs

DI OMAR HAJJI

Oncologue Médical

Salaj3 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab  
Casa-Anfa - Tél : 0520 66 68 90/91/92  
Fax : 0522 64 81 52 / 0522 79 75 94

09107143

Cachet du médecin :

Dr BELOUNET Nahas

Age : 61

Date de consultation : 09/09/2011

Nom et prénom du malade : Dr BELOUNET Nahas

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Nier

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 : BE RAFAH

Le : 12/09/2011

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-727337

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).

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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
09/09/22	CO			INP : <input type="text"/>  Dr. Omar HAJJI Oncologue Medical Salaj3 Bd. La Grande Cadière Ain Diab Casablanca - Tel : 0520 66 68 90/91/92 Fax : 0522 64 81 47/0522 79 75 94

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/09/22	0910/1043

### 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			
		AM	BC	IM	IV				
BOUHABDALLAH Kinesithérapeute Ent. 0622 83 36 86	12/09/22	30	faux	et	de	fly	faux	Kines	770,00 Dh

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>

### ODF PROTHESES DENTAIRES

H	D	G	B
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553		

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



090003906

RADIOITHERAPIE CONFORMATIONNELLE ET DOSIMETRIE 3D • RADIOTHERAPIE PAR MODULATION D'INTENSITE : IMRT • RAPID-ARC •  
RADIO-CHIRURGIE STEREOTAXIQUE • CURIETHERAPIE HAUT DEBIT • MEDECINE NUCLEAIRE • ONCOLOGIE MEDICALE • ONCO. HEMATOLOGIE  
GREFFE DE MOELLE OSSEUSE • RADIOLoGIE • CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE • CHIRURGIE REPARATRICE ET ESTHETIQUE • SOINS INTENSIFS  
REANIMATION ET TRAITEMENT DE LA DOULEUR • SOINS PALLIATIFS • RADIOFREQUENCE • DEPISTAGE ET DIAGNOSTIC DES TUMEURS

09/2011

Dr Beloumi Ishaene  
Nouvelle pastille 500mg  
avec retentis oncoy rebabli  
Kraffle pie+++

Kinesitherapie 30 sessions  
mvt achat 100\$

~~Beloumi Ishaene  
Kinesitherapeute et Coach  
Entrenneur Personal Trainer  
Gsm: 0662 78 36 86~~

Dr Omar HAJJI

Cancérologue Médical  
103 Bd. La Grande Ceinture Ain Diab  
Casa-Anfa - Tel : 0520 66 68 90/91/92  
Fax : 0522 64 81 52 / 0522 79 75 94

# HIBA

## Centre de physiothérapie et d'Ergothérapie et Kinésithérapie et Relaxothérapie et le bien être

Dr. BOUMAHDI Salah  
Kinésithérapeute  
Physiothérapeute  
Entraîneur Coach  
Ancien Kiné des hôpitaux  
De Bruxelles  
Toutes spécialités  
Anciens directeur technique  
De Foot Ball et préparateur ph  
en Belgique .



د بومهدي صلاح الدين  
مروض طبي و طبقي  
مدرس كرة القدم  
مروض سابقا بمستشفيات بروكسل  
جميع التخصصات

سابقا مدير نادي لكرة القدم و معبد بدني  
بيلجيما

Berrechid, le 12/09/2012

### Devis

Je demande à Mohamed Messaï  
Kiné de 80 minutes de physiothérapie  
pour un problème de lombalgie lomb.  
à un rythme par séance de 100,-  
pour un total de 7780,00 Dh  
Préparation : 60 minutes de 7780,00 Dh

Signature :

BOUAMAHDI SALAH  
Kinésithérapeute Ergothérapeute Coach  
GSM : 06 62 78 36 86  
Télé : 05 40 02 15 16 / 06 60 69 81 94 GSM : 06 62 78 36 86  
Patent : 40702402 CHSS : 347849936