

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## rmacie :

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.

## ique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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

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



## Déclaration de Maladie : N° P19- 017480

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3119 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL ALAOUI RACHID Date de naissance : 11/01/1957

Adresse :

Tél : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL ALAOUI RACHID

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

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

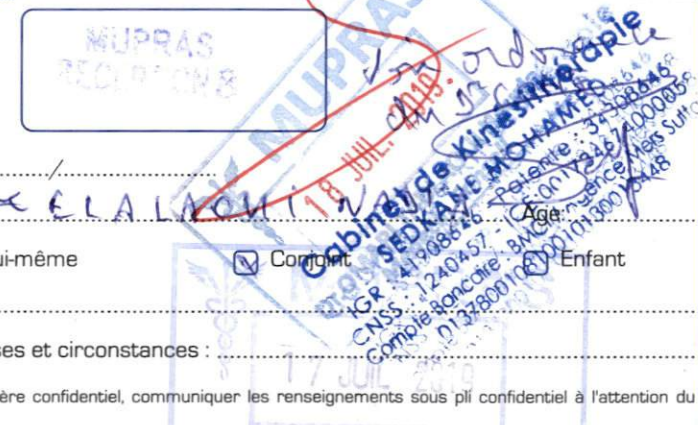
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*





# RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
				DEBUT D'EXECUTION		
				FIN D'EXECUTION		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS			
			DATE DU DEVIS			
			DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme EL AAOUI

Fracture lux de l'épaule gauche  
Rééducation de l'épaule

seance x 3 / sem x 4 sem

soit 12 seances.

Professeur D. COHEN  
Chirurgie Orthopedique  
Chirurgie Traumatologique  
2, Rue Najib Mahfoud - Casablanca  
tel: 0522 22 43 78 / 0522 22 82 09



Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
Jeanne d'Arc de Lyon

  
مصحة الأندلس  
Clinique Andalouss

مصحة الأندلس  
الأوربي للتحليلات  
البيولوجية والكيميائية  
0522 22 43 78 / 0522 22 43 78

Mme EL ALAOUI

Fracture lux de l'épaule gauche  
Rééducation de l'épaule

seance x 3 / sem x 4 sem

soit 12 séances.

Professeur D. COHEN  
Chirurgie Orthopédique  
Chirurgie Traumatologique  
2, Rue Majid Mahfoud - Casablanca  
él: 0522 22 43 78 / 0522 22 43 78

Déclaration (25/06/19)

A.A.D.

de M. 2 séances

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24



**Mohamed SEDKANE**

Kinesithérapie - Electrothérapie  
Gymnastique Médicale  
Massages Médicaux

175, Bd. d'Alsace Casablanca 01  
Téléph. C. : 022.26.64.38 / 022.27.86.09

Cpte. Bancaire N° 013780010810010130013448  
BMCI Agence Rahal El Meskini Casa



**محمد صدقان**

دبلوم الدولة في الترويض الطبي  
الترويض الطبي - المعالجات الكهربائية  
الرياضة الطبية - التدليك الطبي

175، زنقة أlerاس الدار البيضاء 01  
الهاتف : مكتب : 022.26.64.38 / 022.27.86.09

Casablanca, le 10/07/2019 في الدار البيضاء،

**FACTURE N° 003399**

Nom et Prénom Mme ELALAOUI NADIA

la Somme de 1800,00 DH ( mille huit  
cent dinars) 150 DH + 12,-

pour 12 (Douze) Séances de Rééducation  
fonctionnelle + physiothérapie  
du membre supérieur gauche.

Signature  
**Cabinet de Kinesithérapie**  
**SEDKANE MOHAMED**  
IGR : 41908646 - Patente : 34308646  
CNSS : 1240457 - AGF : 001734674000058  
Compte Bancaire : BMCI Agence Mers Sultan  
013780010810010130013448

KINESITHERAPIE  
ELECTROTHERAPIE



GYMNASTIQUE MEDICALE  
MASSAGES MEDICAUX

**Mohamed SEDKANE**

Kinésithérapeute D.E.

175, Bd. d'Alsace - Tél. : 05 22 27 86 09 / 05 22 26 64 38 - Casablanca

### CARTE DE SEANCES

- Patient : EL ALAOUI Nadia
- A.T / A.S / Autres : .....
- Assurances : ..... Police : .....
- Nombre de Séances : 12

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
14/6/19							
17/6/19							
18/6/19							
20/6/19							
22/6/19							
24/6/19							
26/6/19							
28/6/19							
1/7/19							
3/7/19							

En cas d'indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance.  
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs. Merci