

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Nº P19- 0037813

Kiw
ACC
RB

RB/Kiw

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 9373

Société : RA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HADJ Fatiha

Date de naissance : 01-01-51

Adresse : 178 Hay Alhachmi

Principale

Tél : 051 901 592

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ACCUEIL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cancer

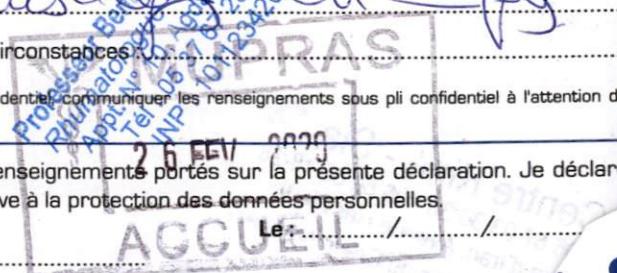
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Fevrier

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Nº P19-037813

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 : 9373

Nom de l'adhérent(e) : ZEHLA

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 03/01/18 | | CG | | <i>Professeur Benbouazza Kébir Rhumatologue App. N° 10 Tel : 05 37 67 23 67 INP : 101123420</i> |
| 12/01/18 | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|--|----------------|----------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| <i>Centre Kiné - Sia n° 06 67 03 30 06 60 80 18 78 26 Rue d'Iran, Avenue Hassan II Sana Centre (Prés du Crédit Agricole)</i> | 03.01.18 | 16 A 117 | | | | 15.02.18.15 2.25.0.21 |

VOLET ADHERENT

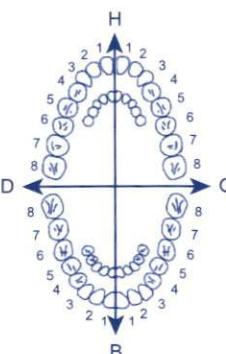
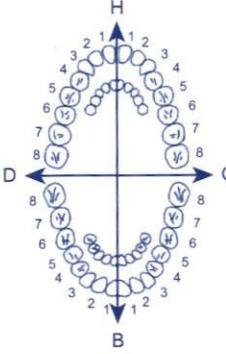
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------------|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|---|--|---------------------|--|-------------------|--|---|--|---|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---------------------|--|-------------------|--|---|--|
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> | | | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | D 00000000 00000000 | | 35533411 11433553 | | G | | <table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | D 00000000 00000000 | | 35533411 11433553 | | G | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D 00000000 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | (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



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / /20.....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. _____

Nécessite _____

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :

One hospitalisation due to COVID-19

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

combalges ch auxpe

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.

Dr. Benbouazza Karima

Professeur en Rhumatologie

Professeur de Rhumatologie (Faculté de Médecine de Rabat)
Spécialiste des maladies des Os - Articulations -
Rachis - Tendons - Muscles - Pieds
Maîtrise de Médecine Interne (Faculté de Médecine de Rabat)
Diplôme d'échographie appliquée à la rhumatologie (Paris)
Diplôme des maladies Osseuses (paris)
Diplôme de podologie (paris)
Master Médecine Physique et Réhabilitation (Italie - Maroc - France)

الدكتورة كريمة بنبوعزة

أستاذة أمراض العظام والمفاصيل والأوتار والعمود الفقري

أستاذة أمراض الروماتيزم (كلية الطب بباريابط)

مدبرة سابقًا

مستشفى العيشي بسلا

أستاذة محددة في الطب الباطني (كلية الطب بباريابط)

دبلوم التشخيص بالصدى في مجال أمراض الروماتيزم (باريس)

دبلوم

أمراض العظام (باريس)

دبلوم أمراض الأرجل (باريس)

دبلوم أمراض الفيزيائي (إيطاليا - المغرب - فرنسا)

ماستر الطف

الفيزيائي (إيطاليا - المغرب - فرنسا)

03 DECEMBRE 2019

Rabat le

Madame Fatima EL HANI BINTBOUCHAI

Indication : lombalgie chronique

Faire pratiquer par un kinésithérapeute de 15 séances de REEDUCATION du RACHIS LOMBAIRE avec

- Massages sédatifs sous infra-rouges des masses musculaires lombaires et dorsales
- Assouplissement des ischio-jambiers
- Renforcement progressif des muscles spinaux lombaires et dorsaux.
- Renforcement progressif des muscles de la sangle abdominale.
- Apprentissage des mesures d'hygiène lombaires : verrouillage lombaire en position neutre et rééducation proprioceptive



Centre Kiné - Sia
Gsm : 06 67 03 30 30 - 06 60 80 18 70
26 Rue d'Iran, Avenue Hassan II
Témara Centre (Près du Crédit Agricole)

Souad EL BAADDIOUI

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Diplômée de l'institut supérieur

Rabat



CENTRE
KINE-SIA

سعاد الب

أخصائية في التروي

خريجة المعهد العالي ا

طبي بالرباط

Témara le: 05 - 02 - 20 تمارة في :

Facture

Nom et prénom: Mr et Hani Factures.

- (15) Séances de Rééducation et Kinésithérapie
pour Rachis lombaire à raison de 150 DH / séance.
Tst-1 : 2250 DH

Date des séances:

| | | |
|----------------|----------------|----------------|
| - 02 - 01 - 20 | - 15 - 01 - 20 | - 27 - 01 - 20 |
| - 06 - 01 - 20 | - 17 - 01 - 20 | - 29 - 01 - 20 |
| - 08 - 01 - 20 | - 20 - 01 - 20 | - 31 - 01 - 20 |
| - 10 - 01 - 20 | - 22 - 01 - 20 | - 03 - 02 - 20 |
| - 13 - 01 - 20 | - 24 - 01 - 20 | - 05 - 02 - 20 |

Ainsi la présente facture à la somme de
deux mille deux cent cinquante

**Centre
KINE-SIA**

N° FF: 37704735

N° JCF: 00232669 1000035

Centre Kiné - Sia
06 61 03 30 30 - 06 60 80 18 78
26, Rue Hassan II, Avenue Hassan II
Znقة يانة، شارع الحسن الثاني - تمارة القرض الفلاحي
Gares du Crédit Agricole

26,Rue d'Iran, Avenue Hassan II , Témara Centre (Gares du Crédit Agricole)

زنقة يانة، شارع الحسن الثاني - تمارة القرض الفلاحي

Fix : 05 37 64 39 15 Tél : 06 60 80 18 78