

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

### 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 068095

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0420 Société : 23021

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAIK K. Kaddour

Date de naissance : 14.11.69

Adresse : G.K. Rue 161. N°15 Sulfat

Tél. : 0625104722 Total des frais engagés : 6500 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

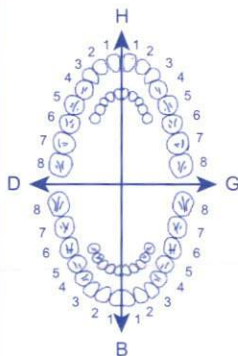
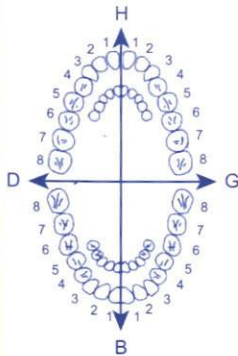
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				COEFFICIENT DES TRAVAUX

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	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'EXECUT

# عيادة الترويض الطبي و العلاجات الكهربائية الحسني

## CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

**FKIRA Hassan**

Kinésithérapeute Rééducateur

58, Bd. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 91.16.79



**فقيرة حسن**  
اختصاصي في الترويض الطبي

58، شارع أفغانستان  
الحى الحسني - الدار البيضاء  
الهاتف : 91.16.79

### FACTURE

Nom : ..... *Chraïte* ..... Casablanca le, *24/01/20*  
Prénom : ..... *Khaddaj* .....

Employeur :

Date de prescription :

Assurance :

*26/02/20*  
*no pas*

### Soins de rééducation au cabinet

Séances (Kinésithérapie):

Honoraires :

Rééducation Pour :

Appareillage (Orthèses, Contentions, Elastoplastes ...)

### Intervention sur le terrain

Nature :

### Montant

Montant Total :

*150000 m (mill cinq cent m)*



عيادة الترويض الطبي و العلاجات الكهربائية الحسني  
CABINET DE REEDUCATION FONCTIONNELLE HAY HASSANI

**BEN FKIRA Hassan**

Kinésithérapeute D.E  
Rééducation Fonctionnelle  
Maladie du Dos  
Kinésithérapie du Sport

*WAMU*

58 Bd. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 05 22 91 16 79

M: *Chait / Chadday*

N° Dossier: .....

LE: *20/02/2019*

LE: *26/02/2019*

LE: *21/02/2019*

LE: *27/02/2019*

LE: *24/02/2019*

LE: *28/02/2019*



LE: 02/03/20-Mh. 2 LE: 1

LE: 04/03/20-Mh. 2 LE: 1

LE: 06/03/20-Mh. 2 LE: 1

LE: 07/03/20-Mh. 2 LE: 1

LE: LE: 1

LE: LE: 1

LE: LE: 1

LE: LE: 1

LE: LE: 1