

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031093

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5235 Société : OMN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : JAKH mal
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 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 M22-0031093

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 :

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

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

VOLET ADHERENT

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

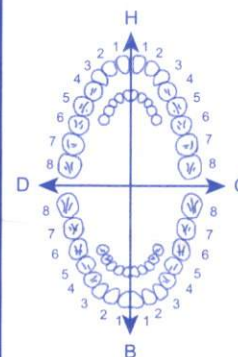
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

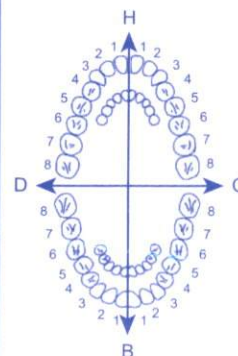
Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

(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

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 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

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° W21-682816

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6235 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : JAWIR

Date de naissance :

Adresse : X 600

Tél. :

Total des frais engagés : 3/260 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/10/2022

Nom et prénom du malade : K. F. F. 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 11/10/2022

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
19/11/2022	CS		150	INP : 991883887

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Mawla 320 Bd. Ouz el Hachem Tel: 95 22 99 28 29	16/11/2022	62,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

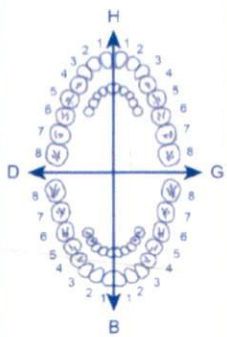
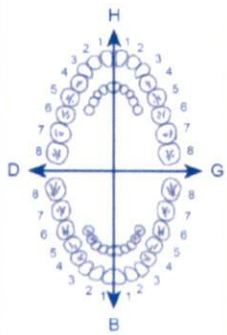
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Centre CAS-OUFA DE KINESITHERAPIE 33 Rue 74 Group P N° 20-26 P. 0101 Hay El Oufa - Casablanca	16/11/2022		2x300	200	15	600,00 DHS

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 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"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

Casablanca le : 20/10/2022

Facture

NOM : MR JAKIR MOHAMED

ADRESSE : CASABLANCA

ARTICLE	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
Casablanca le : 20/10/2022 ATTELLE DU POIGNET	2	300,00	600,00
Facture	TOTAL	ADRESSE : CASABLANCA	600,00 DHS

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TOTALE DE SIX CENTS DIRHAMS

ARTICLE	QUANTITE	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
ATTELLE DU POIGNET	2	300,00	600,00
Facture	TOTAL	ADRESSE : CASABLANCA	600,00 DHS

CENTRE CASA OULFA DE
KINESITHERAPIE
22 rue du 29-31
Hay El Oulfa - Casablanca

Bd. Oum Errabii - Groupe " P " Rue 74 N° 31 / 29 - OULFA - Casablanca

Tél. : 05 22 65 31 03 - GSM : 06 63 03 33 55 - E-mail : kine.casaoulfa@gmail.com

Patente : 36091901 - RC : 348683 - ID. FISCALE : 18754647 - ICE : 001565990000085 - CNSS : 4857879

Docteur AZMANI Nidal

RHUMATOLOGUE



الدكتورة أزمانى نضال
أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والروماتيزم

- Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations
- Spécialiste en Maladies Rhumatismales
- Diplômée en Pathologies Rachidiennes (Université de Bordeaux - France)
- Ostéoporose
- Arthrose
- Echographie Articulaire
- Rhumatologie Interventionnelle
- Biothérapie
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie CHU Ibn Rochd

- أخصائية في أمراض الروماتيزم
- حاصلة على دبلوم في أمراض العمود الفقري (كلية بوردو - فرنسا)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- التدخلات الطبية على المفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

M. J. K. M. K. d

1 5 1 1 0 1 2 2

22.8

1)

Cortancyl 5mg

1 cp - 1/2

10

39.8

2)

Laroxyl 50mg

LOT: 22EH01V
PER: 12/2024
CORTANCYL 5MG
CP SEC 830
P.P.V: 22DH80



Laroxyl®
Amitriptyline

PPV: 39DH80
PER: 06/25
LOT: L2321

193 شارع أم الربيع، الطابق الثاني رقم 6 - الألفة - الحي الحسني - الدار البيضاء

193, Bd. Oum Rabii, 2ème Etage N°6 - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca

© +212 520-344424

@nidalazmani@gmail.com

3) C > pos
 1 gtt / 15c - paltosy
 pos
 C > 10 gtt / 15c - paltosy
 C > 15 gtt / 15c - gade
 1 mg

Dr. AZMANI Nidal
 Rhumatologue
 193, Boulevard Oum El-Fadi Zame d'ange
 N°9, Hay Hassani, S.Sablanba

62,60

Pharmacie El Manai
 Dr. Najwa Bennani
 320, Bd. Oum El-Fadi
 Tel: 05 22 93 28 25

Docteur AZMANI Nidal
RHUMATOLOGUE



الدكتورة أزمانى نزال

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل والروماتيزم

- Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations
- Spécialiste en Maladies Rhumatismales
- Diplômée en Pathologies Rachidiennes (Université de Bordeaux - France)
- Ostéoporose
- Arthrose
- Echographie Articulaire
- Rhumatologie Interventionnelle
- Biothérapie
- Ancienne Médecin au Service de Rhumatologie CHU Ibn Rochd

- أخصائية في أمراض الروماتيزم
- حاصلة على دبلوم في أمراض العمود الفقري (كلية بوردو - فرنسا)
- هشاشة العظام
- الفحص بالصدى للمفاصل
- التدخلات الطبية على المفاصل
- العلاج بالأدوية البيولوجية
- طبية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Margherita Mohamed

19 120 1211

Atell Nade

Siddi

Compie -
6.10.10.1

CENTRE CASA-OUFIA
KINESITHERAPIE
SARL

33 Rue 74 Group P N° 29-31
Hay El Oulfa - Casablanca

193 شارع أم الربيع، الطابق الثاني رقم 6 - الألفة - الحي الحسنى - الدار البيضاء
193, Bd. Oum Rabii, 2ème Etage N°6 - Oulfa - Hay Hassani - Casablanca

© +212 520-344424

@nidalazmani@gmail.com