

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

Conditions générales :

- La cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- La 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° M20- 0003006

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01386 Société : 158693
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LQAD1 BRAHIM
Date de naissance : 01 06 1953
Adresse : LOT EL WAFAA H25 DEROUA
Tél. : 06 61 30 59 29 Total des frais engagés : 2022, 20 04 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22 / 02 / 2023
Nom et prénom du malade : Brahim Ladi Age : 1953
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Int. Gls / Act. N. Gs
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 : DEROUA

Le : 20 / 04 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
22 02 2023		CS	183	
01 MARS 2023				

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

22-2-23 183.20

13-23 519.00

672.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

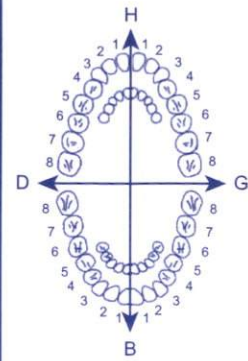
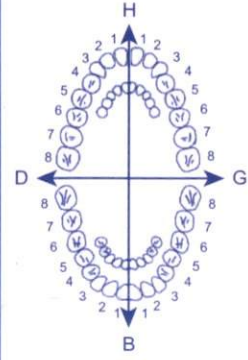
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10/04/23	12 séances				P.U. = 100 Dhs P.T. = 1200 Dhs

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></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																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

01 MARS 2023

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 01386 e-mail : loadi@pmail.ma Phones : 06 61 30 59 29
Nom et Prénom de l'adhérent : LOADI BRAHIM ML 1386
Nom et Prénom du bénéficiaire : Lui même

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr. Chabab 1 N 102 - Deroua
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. LOADI BRAHIM
Nécessite Rééducation physique par l'usage de la main et de l'épaule
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : Epaule gauche
/ Ré-éducation physique /

Une hospitalisation de (approximatif)
A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

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

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.



1386

SAMAH EL BOUKHARI
KINESITHERAPEUTE PHYSIOTHERAPEUTE

*Rééducation en traumatologie, orthopédie, rhumatologie, neurologie,
Respiratoire ; cardio-vasculaire, sportive, drainage lymphatique,
électrothérapie*

Nom : *Lgadi*
Prénom : *Borahim*

12 séances

2 fois / semaine

Age : —

Tel : —

Mutualiste : *SIUPRAS*

Le : *10/04/23*

CALENDRIER DE SEANCES :

1^{ère} séance *02/03/23*
2^{ème} séance *06/03/23*
3^{ème} séance *09/03/23*
4^{ème} séance *13/03/23*
5^{ème} séance *16/03/23*
6^{ème} séance *20/03/23*
7^{ème} séance *23/03/23*
8^{ème} séance *27/03/23*
9^{ème} séance *30/03/23*
10^{ème} séance *03/04/23*

11^{ème} séance *06/04/23*
12^{ème} séance *10/04/23*

SAMAH EL BOUKHARI
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
8, rue Chénou - Deraoua
Tel: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36

30 Lotissement Chabab Bb du 11 janvier (1 er étage) Deraoua

Tel: 06 54 52 57 51 / 06 32 89 75 36

N° patente : 55802332 N° Identification Fiscal : 15296163 N° ICE : 000344024000072

Cabinet ELBOUKHARI
de kinésithérapie



Rééducation en :

- Traumatologie
- rhumatologie
- neurologie
- Douleur du dos
- kinésithérapie respiratoire
- kinésithérapie sportive
- kiné-pré et post partum

Nom et

prénom :

Lgadi Brahim

Rééducation du :

Epaule gauche

Cotation :

A9919

Nombre de séances :

12 séances

Prix

unitaire :

100 DHS

Montant

total :

1.200 DHS

Arrêter la présente facture à la somme

de :

Stille deux cents dirhams

INPE: 065040719

30 lotissement Chabab du 11
janvier (Lerétage). Deroua

Tel: 06 54 52 57 51 / 06 32 89 75 36

N° Patente : 55802332

N° Identification Fiscal: 15296163

ICE : 000944024000072

Samah EL BOUKHARI
Kinésithérapeute
30, Lot Chabab - Deroua
Tel: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36

Samah EL BOUKHARI
Kinésithérapeute
30, Lot Chabab - Deroua
Tel: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36

Dr. Smail Malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.



الدكتور إسمايل المالكي

طبيب عام

خريج كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

01 MARS 2023

Lot Chabab

69.00 x 4

Tardyferon 80

1 x 2 / 3 m

69.00 x 4

Vit C Fe

1 cp

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

sultation à Domicile - Lot Chabab

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 4

LOT: L2055/4
PER: 03/2025
PPC: 69,00DH

LOT: L2055/4
PER: 03/2025
PPC: 69,00DH

LOT: L2055/4
PER: 03/2025
PPC: 69,00DH

LOT: L2055/4
PER: 03/2025
PPC: 69,00DH

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés
Distribué par COOPER PHARMA
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Dr. Smail Malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.



ML 1386

الدكتور إسمايل المالكي
طبيب عام
فريق كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

DEROUA, le : 01 MARS 2023

Dr. Smail MALKI
Médecin généraliste
Lot Chabab 1 N° 102 - Deroua
Tél: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

Mr LAADI B Rahim

Prescription hygiène par du Fench

la Giffe en Antol. S

Epaule gauche

12 Semaines à 100 mg

de 2 Semaines / Semaine

Dr. Smail MALKI
Médecin généraliste
Lot Chabab 1 N° 102 - Deroua
Tél: 05 22 03 43 28 / Tél 06 07 58 58 57

Consultation à Domicile - Lot Chabab 1, N° 102 - Deroua

Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28

Dr. Smail Malki

Médecin généraliste

Lauréat de la faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca.



الطبيب العام
الطبيب العام
فريق كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

ORDONNANCE

DEROUA, le :

LAADIA

BRATIM

37.5 Dule Am
15 2x2j

8.5
15

ARTY X 15
0 - 1 - 0

28.5

Vitamine C L fort
1x3

DULASTAN®
Boule de 20 comprimés
37,50
لاستان®
20 قرصا

87,40

PPV 28,80
LOT
PER
Dr. Smail MALKI
Médicalin généraliste
Lot Chabab 1 N°102 - Deroua
Tél: 06 07 58 58 57 / 05 22 03 43 28