

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-791355

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12948 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Zineb

Nom & Prénom : HOUACHMY

Date de naissance : 31/03/184

Adresse : Résidence Ambar - Apt 033 - Quartier Amaz - 201501 - Casablanca

Tél. : 06619 4727 Total des frais engagés : 2400,00 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 : Casablanca

Le : 04/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

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

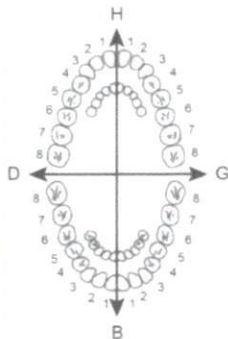
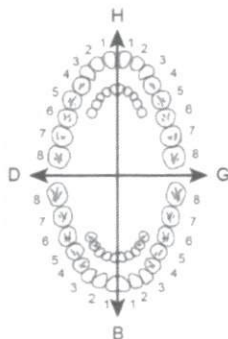
AUXILIAIRES MEDICAUX		Montant détaillé des Honoraires				
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				
		AM	PC	IM	IV	
<p><b>CENTRE KINESITHERAPIE</b>  <b>YOUSSEF DOULFAK SARL AU</b>            250 Angélique de            Ed Mly Youssef N            Gsm 06.61 18 15 18 15</p>	<p>Bordeaux            3 Caspary            18/12/2023</p>	20	AMM	x 12		<p># 2400,00            DHS</p>

# 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	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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 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'EXECUTION

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 d	
Soins	

Coefficient

INP: | | | | | | | | | |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVISDATE DE  
L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

I

2553341

000000

1

3553341

2 | 21433552

0	00000000
---	----------

1	11433553
---	----------



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The left side is labeled 'D' and the right side is labeled 'H'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie  
Pédiatrie

Diplômée de l'université  
de médecine de CRIMEE



الدكتورة برادة لبنى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمي

Casablanca, le :

17/05/2023

Patient (e) :

17-18 ZINEB HAOUACHMI

F-PIRE SVP  
12 sang de rec.  
pour complément

Non

Centre KINESTHERAPIE  
YOUSSEF BOULEFAKAR SARL AU  
250 Angles de Bordeaux et  
3d My Youssef M 3 Casablanca  
Gsm 03 67 18 15 47

Dr. Loubna BERRADA  
Médecin Généraliste  
Imm. C32 Al Firdaous  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél. 05 22 90 56 25

Nom et prénom

: Mme. Zineb HOUACHMI

Diagnostic

: Lombalgie

Médecin traitant

: Dr. Loubna BERRDA ZAROUALI

Nombre de séances

: 12

Date début du traitement

: 19/05/2023

Date de fin de traitement

: 03/07/2023

Détail des séances :

Le 19/05/2023	:	1 <sup>ère</sup> séance
Le 26/05/2023	:	2 <sup>ème</sup> séance
Le 31/05/2023	:	3 <sup>ème</sup> séance
Le 05/06/2023	:	4 <sup>ème</sup> séance
Le 07/06/2023	:	5 <sup>ème</sup> séance
Le 09/06/2023	:	6 <sup>ème</sup> séance
Le 16/06/2023	:	7 <sup>ème</sup> séance
Le 21/06/2023	:	8 <sup>ème</sup> séance
Le 23/06/2023	:	9 <sup>ème</sup> séance
Le 26/06/2023	:	10 <sup>ème</sup> séance
Le 28/06/2023	:	11 <sup>ème</sup> séance
Le 03/07/2023	:	12 <sup>ème</sup> séance

Casablanca le 03/07/2023

**CENTRE KINESITHERAPIE**  
**YOUSSEF DOULFAKAR**  
250 Angle Bd Moulay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N°3- Casablanca  
3d Miy Youssef 61 18 16 47

**Mr Youssef DOULFAKAR**

*Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état*

250, Angle Bd Moulay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N°3- Casablanca

Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 01548200000071 -RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 -Identifiant Fiscal : 18751795

**FACTURE N°75/2023**

- Prénom et nom : Mme. Zineb HOUACHMI
- Diagnostic : Lombalgie
- Médecin traitant : Dr. Loubna BERRADA ZAROUALI
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 12
- Montant total des honoraires : 2400,00 DH
- Arrêter le présent devis à la somme de : Deux mille quatre cents dirhams

Casablanca, le 03/07/2023

CENTRE KINESITHERAPIE  
YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU  
250 Angle Bd de Bordeaux et  
2d Mly Youssef W 3/Casablanca  
Gsm 08.61 18 15 47

**Mr Youssef DOULFAKAR**

*Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état*

250, Angle Bd Moulay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N°3- Casablanca

Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 01548200000071 -RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 -Identifiant Fiscal : 18751795