

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



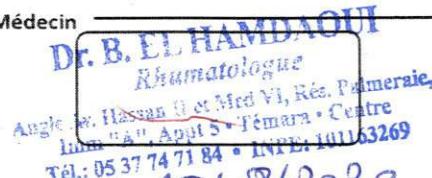
## Déclaration de Maladie

ND: 42748  
N° W19-499430  
ACCOK  
en votre possession

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 9383		SAT	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Toustakin		SATRA	
Date de naissance : 18-03-68			
Adresse : le			
Tél. : 06 615 185 54		Total des frais engagés : _____ Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/07/2020

Nom et prénom du malade : Toustakin Saïdra Age: 52 ans

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Lombosciatalgie DR + cervicalgia

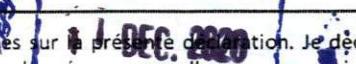
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 ce présent document. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :



### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-499430

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 : 9383  
Nom de l'adhérent(e) :  
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
AF 108 R20 CS		0.1	250 Dhs.	INP : 101163268 Dr. B. EL HAMDAOU Khimatolog Med VI, Rabat Maroc

INP: D01N163-K61

INP: 101163-261

Dr. B. EL HAMDOUCHI  
Khamatologe  
Centre primaire de Témara  
Date: 5 Avril 1986

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 A. PHALI 17, Rue 4, Sec 1 Rabat - Tel.: 06 66 11 11 11 N°P.E : 101	15.8.2020	835,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Doumouchi Khalil Physiothérapeute et Ay. N. Chamaed gée. Av. Hassan II et Av. Khalid Ben Tal. +212(0) 537 64 25 25	28/08/2022	20	Seances			20 x 150 = 3000 Dhs

#### **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 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"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<b>H</b> <table border="1"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <b>G</b>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	<hr/>											
	35533411	11433553										
	[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

**Dr. Btissam EL HAMDAOUI**  
**RHUMATOLOGUE**

Echographie de L'appareil Locomoteur  
Diplômée De La Faculté De Médecine  
De Rabat  
Ancienne Attachée À L'hôpital  
El Ayachi - Salé

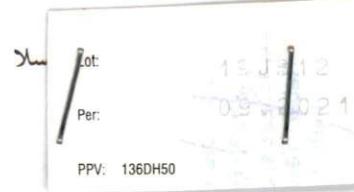


**د. ابتسام الحمداوي**

أخصائية أمراض الرئبة (الروماتيزم)

أمراض العظام والمفاصل

الفحص بالصدى



Témara le : 15 AOUT 2020

Moustakim Samira.



① Analyse 25 mp.  
136150 18e lute j. le 15/08/2020 T

② Juvamine ampoule 10 ml x 20  
99,00 235,150 T

Dr. B. EL HAMDAOUI  
Angle Av. Hassan II et Med VI Res. Palmeraie, Imm "A", Appt 5 Témara • Centre  
Tél: 0537 74 11 84 • E-mail: hamd003@yahoo.fr • GSM Pour RDV : 0662 896 968  
ICE: 002245558000075 • INPE: 101163269

ملتقى شارع الحسن II و محمد VI إقامة النخيل عماره "A", شقة 5 تمارا • المراكش  
Angle Av. Hassan II et Med VI Res. Palmeraie, Imm "A", Appt 5 Témara • Centre  
Tél.: 0537 74 11 84 • E-mail: hamd003@yahoo.fr • GSM Pour RDV : 0662 896 968  
ICE: 002245558000075 • INPE: 101163269



# CENTRE DOUNIA NASSOHA

KINÉSITHÉRAPIE PHYSIOTHÉRAPIE

الترفيه وال康復

n° 9383

TEMARA LE, 28/08/2020

## FACTURE DEVIS

- NOM : Maustakim
- PRENOM : Samira
- NOM DU MEDECIN TRAITANT : Dr B EL Hamdache
- DIAGNOSTIC : Cervicalgie mécanique + Lombosciatalgic
- NOMBRE DE SEANCES PRESCRITES : 20 Séanc<sup>e</sup>
- MONTANT DES SEANCES PRESCRITES :  $20 \times 150 = 3000$  Dhs
- NOM DU KINESITHERAPEUTE : Mme DOUNIA NASSOHA

SIGNE

**Dr. Btissam EL HAMDAOUI**  
**RHUMATOLOGUE**

Echographie de L'appareil Locomoteur  
Diplômée De La Faculté De Médecine  
De Rabat  
Ancienne Attachée À L'hôpital  
El Ayachi - Salé



**د. ابتسام الحمداوي**  
**أخصائية أمراض الرئبة (الروماتيزم)**

أمراض العظام والمفاصل

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالرباط

طبيبة سابقاً بمستشفى العيashi بسلا

n° 9383

D2000 NASSOUA  
Angl. Av. Hassan II et Av. Mohamed V  
Im. Nabil Apt. 66 - Bouira Centre  
tel: +212 0537 642625

15/08/2020

Témara le :

Tous dakin Samia

Cervicalgues mécaniques + Lombo-  
sciatique DSC mécanique.

Jamie SUP. 26 semaines de rééducation  
notelle.

- IR + massage antalgique et d'contracture
- us électrostimulation
- reforçee + des isométries cervicales + lombaires

Dr. B. EL HAMDAOUI  
Bâtiment 2000  
Angle Av. Hassan II et Med VI Res. Palmeraie,  
Imm. "A" Apt. 5 Témara • Centre  
Tél.: 0537 747 184 • E-mail : hamd003@yahoo.fr • GM Pour RDV : 0662 896 968  
ICE: 002245558000075 • INPE: 101163269



M le 9383

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le ... 15/08/2020

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9383 e-mail : smoushak@royalairmaroc.com Phone : 0661518554  
Nom et Prénom de l'adhérent : MOUSTAKIM SAMIRA  
Nom et Prénom du bénéficiaire :

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : DR B. El HAMDAOUI  
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. MOUSTAKIM SAMIRA  
Nécessite DES SOINS DE RECLUATION fonctionnelle.  
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)  
V. H. 10116328  
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).

Lombosciatalgie droite.  
Cervicalgie mécanique.

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.