

## 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.

### 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° W19-516670

ND: 28/136

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 293		Société : ROYAL AIR MAROC RETRAITE	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	AZIZ ALLAL
Nom & Prénom : AZIZ ALLAL		Date de naissance : 1932	
Adresse : N° 56 Rue ASK ELLIL HAY ARRATHA CASA		Tél. : Total des frais engagés : 2400,02 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Azziz ACT ARGUI Chirurgien Orthopédiste 105, Bd. 2 Mars, Casablanca Tél: 0522 81 16 - IVP 091170910			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : ALLAL AZIZ Age: / /			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Fracture Postopératoire Cephalo			
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  
Signature de l'adhérent(e) : eric

Le : 10/10/2020

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-516670
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 : 293  
Nom de l'adhérent(e) : 2400,02 Dhs  
Total des frais engagés : 2400,02 Dhs  
Date de dépôt : 01/10/2020

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
12/12/20..	..S		G	INP : 09117091 <b>Dr Anis ACHARGUI</b> <b>Chirurgien Orthopédiste</b> 105, Bd. 2 Mars, Casablanca 0116 - INP 09117091

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
Nouhad KHALIL X-INESI TRAPEUTE Sidi M'hith 1 N° 37 Hondra - Sidi Mâarouf 0522 - 78 - 72 10.03.2020	10.03.2020			12 AMM	7	2400,00

## VOLET ADHERENT

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																						
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																						
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																						
				INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANTS DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
				<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>																		
					<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
					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																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																						
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																						

NOUHAD KHALIL

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

LOT EL FATH 1 N° 37, FLORIDA SIDI MAAROUF  
CASABLANCA

TEL.: 0522 78 72 47 - FAX : 0522 78 72 47



نهاد خليل

اختصاصية في الترويض الطبيعي  
والعلاج الفزيائي

حي الفتح 1 الرقم 37 فلوريدا سيدي معروف  
الدار البيضاء

الهاتف: 0522 78 72 47، الفاكس: 0522 78 72 47

## NOTE D'HONORAIRES

Casablanca, Le 10.03.2020

Nom :

AFFAZ ALAL

Prénom :

Diagnostic :

Intervention : Rééducation fonctionnelle

Cotation : 12 AMM,

Période : Du 13.02.2020 Au 10.03.2020

Sur ordonnance du docteur A. Achangui

Honoraires : 2400,00 DH

(Deux mille quatre cent dirhams)

Nouhad KHALIL  
KINESITHERAPEUTE

Lot EL FATH 1 N° 37

Floride - Sidi Maarouf

Tél : 0522 - 78 - 72 - 47

KINESITHERAPIE

PHYSIOTHERAPIE

ENDERMOLOGIE



10/02/2020

Centre de Traumatologie-Orthopédie  
et Chirurgie du Sport

مركز جراحة العظام و المفاصل  
والجراحة الرياضية

MR AZIZ ALLAL

FRACTURE PERTROCHANTERIENNE G OPEREE IL Y A 40 J

FAIRE SVP: 15 SEANCES DE REEDUCATION DU MEMBRE INF G

- Entretenir la musculation du membre inférieur.
- Améliorer la déambulation unipodale.
- Au niveau articulaire : Mobilisation passive et auto-passive dans toutes les amplitudes
- Au niveau musculaire : Entretien du grand fessier, du psoas en isométrique par résistance manuelle et en isotonique par ballon. Vélo autorisé après 1 mois sans résistance.
- Renforcement du quadriceps/ischios en chaîne fermée et ouverte : sur ballon de Klein, sur fauteuil à quadri –ischios. Travail du Petit fessier en D.D. avec une balle entre les pieds serrés et les jambes en position de " chasse neige " : travail des rotateurs internes en isométrique en position neutre.
- Etirement des ischio-jambiers/psoas/droit fémoral.
- Reprise de l'autonomie : apprentissage des transferts, de l'appui total, de la déambulation avec une seule canne
- Montée et descente des escaliers

Dr Anis ACHARGUI  
Chirurgien Orthopédiste  
105, Bd. 2 Mars, Casablanca  
Tél: 0522 81 81 16 - INP 091170910

Nouhad KHALIL  
KINESITHERAPEUTE  
Lot El Fath 1 N° 37  
Florida - Sidi Mâarouf  
Tél : 0522 - 78 - 72 - 47

Date	Séance										
13.2	1	29.2	8								
15.2	2	3.3	9								
18.2	3	5-3	10								
20.2	4	7-3	11								
22.2	5	10.3	12								
25.2	6										
27.2	7										

KINESITHERAPIE

PHYSIOTHERAPIE

ENDERMOLOGIE

Nouhad KHAJJA  
KINESITHERAPIE  
L'ORTHOZONE  
Tél: 0522-78-22-92  
Fax: 0522-78-22-91  
Tél: 0522-78-22-92  
Tél: 0522-78-22-91

Nouhad KHAJJA  
KINESITHERAPIE  
L'ORTHOZONE  
Tél: 0522-78-22-92  
Fax: 0522-78-22-91  
Tél: 0522-78-22-91

Nouhad KHAJJA  
KINESITHERAPIE  
L'ORTHOZONE  
Tél: 0522-78-22-92  
Fax: 0522-78-22-91  
Tél: 0522-78-22-91



Kiné  
**Douce'heure**  
center

LOT EL FATH 1 N 37. FLORIDA SIDI MAAROUF - CASABLANCA

TÉL.: 0522 78 72 47 - FAX : 0522 78 72 47



Kiné  
**Douce'heure**  
center

**NOUHAD KHALIL**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Nom : A3i3

Prénom : A L La (