

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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.

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- 0006829

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3792

Société : R.A.M.

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

RETRAITE CDB

Nom & Prénom : HASHIM AKBAR

Date de naissance : 12.02.1948

Adresse : 11, RUE JABAL BOUYERBLANE C.I.L.
CASABLANCA

Tél. : 0663128664

Total des frais engagés : Dhs.

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HALIDOU IDRISSE
ABDOUL RAHAMANE
Rhumatologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

Date de consultation : 24/03/21

Nom et prénom du malade : CHRAÏBI NADIA

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Tendinopathie chronique de l'épaule

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
24/03/24	C S		G	<div>Dr. HALIDOU IDRISSE</div> <div>ABDOUL RAHAMANE</div> <div>RHUMATOLOGIE</div> <div>CHU Ibn Rochd - Casablanca</div>

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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
<div>CENTRE KINESITHERAPIE</div> <div>YOUSSEF DOULFAKAR SARL</div> <div>250 Angie Bd de Bordeaux</div> <div>3d Miy Youssef N 3 Casablanca</div> <div>Gsm 06 61 18 15 47</div>	Facture	20 AMN	x 12	seances		24.000.000
	25/05/24					

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

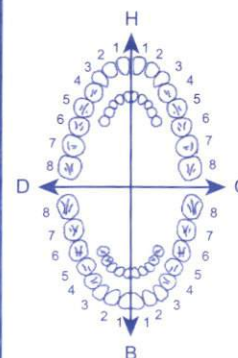
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

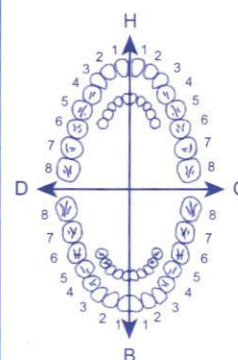
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Hôpital sans Tabac
Fumer Tue

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

Dr. HALIDOU IDRISSE
ABDOUL-RAHAMANE
Rhumatologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة



المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

مستشفى بدون تدخين
التدخين يقتل

Dr. HALIDOU IDRISSE
ABDOUL-RAHAMANE
Rhumatologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca
Casablanca, le 24/04/2019

ORDONNANCE

Docteur :

De chraïb Nadia

kinés : gauche gauche

Re : Tendinopathie chronique de l'epaule.

- Physiothérapie antalgique
- Massage Myorelaxant
- Renforcement Musculaire et
- Autoéducation

(12 semaines)

CENTRE KINESITHERAPIE
YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU
250 Angle Bd de Bordeaux et
Rue Youssef N° 3 Casablanca
Tél : 05 22 94 83 05 61 18 15 47

Dr. HALIDOU IDRISSE
ABDOUL-RAHAMANE
Rhumatologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

FACTURE N°88/2021

- Prénom et nom : Mme. CHRAIBI Nadia
- Diagnostic : Rééducation DE L'épaule
- Médecin traitant : Dr. HALIDOU IDRISSA
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 12
- Montant total des honoraires : 2400.00 DH
- Arrêter la présence facture à la somme de : Deux mille quatre cents dirhams

Casablanca, Le 25/05/2021

CENTRE KINESITHERAPIE
YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU
250 Angle Bd de Bordeaux et
Bd Mly Youssef N° 3 Casablanca
Gsm 06.61 18 15 47

Mr Youssef DOULFAKAR

Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

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

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

ICE : 001548200000071 : RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

Nom et prénom : Mme. CHRAIBI Nadia
 Diagnostic : Rééducation de l'épaule
 Médecin traitant : Dr. HALIDOU IDRISSE
 Nombre de séances : 12
 Date début du traitement : 29/03/2021
 Date de fin de traitement : 06/05/2021
 Détail des séances :

Le 29/03/2021	:	1 ^{ère} séance
Le 01/04/2021	:	2 ^{ème} séance
Le 05/04/2021	:	3 ^{ème} séance
Le 08/04/2021	:	4 ^{ème} séance
Le 12/04/2021	:	5 ^{ème} séance
Le 15/04/2021	:	6 ^{ème} séance
Le 19/04/2021	:	7 ^{ème} séance
Le 22/04/2021	:	8 ^{ème} séance
Le 26/04/2021	:	9 ^{ème} séance
Le 29/04/2021	:	10 ^{ème} séance
Le 03/05/2021	:	11 ^{ème} séance
Le 06/05/2021	:	12 ^{ème} séance

Casablanca le 25/05/2021

CENTRE KINESITHERAPIE
YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU
 250, Angle Bd de Bordeaux et
 Bd Mly Youssef N° 3 Casablanca
 Gsm 06.61 18 15 47


Mr Youssef DOULFAKAR
 Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 24/03/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 3792	e-mail : hasharw@hotmail.com Phones : 0603128664
Nom et Prénom de l'adhérent : HASHIM AKBAR	
Nom et Prénom du bénéficiaire : CHRAIBI NADIA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné :	Dr. HALIDOU IDRISSE
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Chraïbi Nadia	ABDOUL RAHAMANE
Nécessite 12 séances de kiné	Rhumatologie
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	CHU. Ibn Rochd - Casablanca

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	 Dr. HALIDOU IDRISSE ABDOUL RAHAMANE Rhumatologie CHU. Ibn Rochd - Casablanca
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.