

# 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.

## 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 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042796

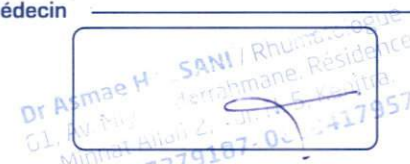
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8421 Société : *Com 72319*  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : NASSIME MOHAMED  
 Date de naissance : 01-07-1947  
 Adresse : lotissement Agence Urbaine Lissasfa  
 n° 186 LISSASFA CASABLANCA  
 Tél : 0667280051 Total des frais engagés : 3037,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



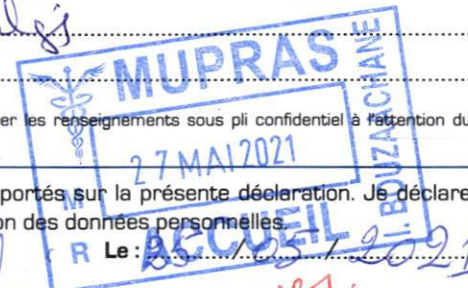
Date de consultation : 13/06/2021  
 Nom et prénom du malade : Dr Nassime Mohamed Age : 73 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Scapulohumérale  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : KENITRA Le : 25/05/2021

Signature de l'adhérent(e) : *Lehouichy*  
*Comier*





# 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
13/04/2021			287,50	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13-04-2021	287,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
13/04/2021		400,00	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	16-04-21	Rééducation de l'épaule Droite				1.500,00
		15 séances / 15 Années				

# 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

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



اختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل - العمود الفقري

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ancienne attachée à l'hôpital El Ayachi de salé  
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire  
Thérapie par ondes de choc

خريجة كلية الطب بالرباط  
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا  
دبلوم جامعي للفحص بالأشعة الصوتية  
العلاج بالموجات التصادمية

Kénitra, le : 13.04.2021

القنيطرة في :

Nom & Prénom: Mr. NASSIME Mohamed

53.10 x 02  
1 RELAXOL CP

2 à midi et le soir, après le repas, pendant 10 jours.

76.20  
2 VOLTARENE SR 75 MG

Prendre 1 comprimé à midi et le soir, après le repas, pendant 14 jours.

59.00  
3 ARTICUR GEL

Faire 1 application le matin et le soir, pendant 20 jours.

82.10  
4 RACIPER 20MG

Prendre 1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

188.00 x 03  
5 PIASCLEDINE 300 MG

Prendre 1 gélule à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

Dr Asmae Hassani

61. شارع مولاي عبد الرحمان. إقامة منة الله. 2. مكتب رقم 5. القنيطرة

61, Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minatallah 2, Bureau N° 5, Kénitra

Tél : 05 37 37 91 87

الماتف : 08 08 41 79 57

E-mail : hassaniasmae5@gmail.com

INPE : 051166841 / ICE : 002098634000014

IF : 14434728



LOT: 201013  
PER: 03/2023

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V: 53DH10

6 118000 060833

LOT: 201013  
PER: 03/2023

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V: 53DH10

6 118000 060833

Lot: 3300  
EXP: 5/23  
PPC: 59,00 DH

6 118001 030408

VOLTARENE® SR 75 mg  
Comprimés enrobés

PPV: 76.20 DH

PPV: 82DH10

RACIPER® 20 mg  
14 comprimés gastro-résistant  
Voie orale

6 118001 300716

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV: 188,00 DHS

6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV: 188,00 DHS

6 118001 072644

PIASCLEDINE® 300MG  
Boîte de 30 gélules  
Distribué par Sothema-Bouskoura  
PPV: 188,00 DHS

6 118001 072644



اختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل - العمود الفقري

الدكتورة أسماء الحسني

Docteur Asmae Hassani

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ancienne attachée à l'hôpital El Ayachi de salé  
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire  
Thérapie par ondes de choc

خريجة كلية الطب بالرباط  
طبيبة سارفة بمستشفى العياشي بسلا  
دبلوم جامعي للفحص بالأشعة الصوتية  
العلاج بالموجات التصادمية

Kénitra, le : 13 Avril 2021

القنيطرة في :

Nom & Prénom : Mr NASSIME Mohamed

Faire svp rééducation pour rupture partielle des tendons

de la coiffe :

Massage, pas d'IR

Ultrasons, Électrothérapie

Renforcement des muscles de la coiffe

Gain des amplitudes articulaires

Travail isométrique

Autoprogramme

15 séances à raison de 3 séances/ sem

BOUCHRA BOULHANA  
Kinésithérapeute  
Adresse: 58, Rue Azharoune 1  
KÉNITRA  
Tél: 06 60 04 38 61

Signature  
Dr Asmae H. Hassani  
Ministère de la Santé  
Tél: 05 37 37 91 87 / 08 08 41 79 57  
E-mail: hassaniasmae5@gmail.com

61, Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minataallah 2, Bureau N°5. Kénitra

Tél : 05 37 37 91 87 08 08 41 79 57 : الهاتف

E-mail : hassaniasmae5@gmail.com

INPE : 051166841 / ICE : 002098634000014

IF : 14434728



Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ancienne attachée à l'hôpital El Ayachi de salé  
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire  
Thérapie par ondes de choc

خريجة كلية الطب بالرباط  
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا  
دبلوم جامعي للفحص بالأشعة الصوتية  
العلاج بالموجات التصادمية

Kénitra, le : 13 Avril 2021

القنيطرة في :

Nom & Prénom : Mr. NASSIME Mohamed

NOTE D'HONORAIRES

Echographie ostéo-articulaire des EPAULES (Z 50) = 400 dhs

Note arrêtée à 400 (quatre cent) Dirhams.

Dr Asmae H. Hassani / Rhumatisme - Ogue  
61, Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minatallah 2, Bureau N°5, Kénitra  
Tél : 0 37379187 / 0 37379187 / 0 37379187

61, شارع مولاي عبد الرحمان، إقامة منة الله 2، مكتب رقم 5، القنيطرة

61, Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minatallah 2, Bureau N°5, Kénitra

Tél : 05 37 37 91 87

الهاتف : 08 08 41 79 57

E-mail : hassaniasmae5@gmail.com

INPE : 051166841 / ICE : 002098634000014

IF : 14434728





## عيادة الترويض الطبي

Bouchra Boulhana

Kinésithérapeute

بشرى بولھانة

اختصاصية في الترويض الطبي

Kénitra le: 24-04-2023

Devis...S.N.../...2023...

Nom et Prénom: NASSIR MOHAMED  
Nature des soins: Rééducation de l'épaule droite  
Nombre et cotation des séances: 15 séances / 15 ANNs  
Montant: 1500,00 dh  
Arrêté le présent devis à la somme de :

Millier Cinq Cent

**BOUCHRA BOULHANA**  
Kinésithérapeute  
Adresse: 58 Hay Azharoune 1  
KÉNITRA  
Tél: 06 60 04 38 61

ADRESSE: 58 Hay Azharoune 1 (à côté de la Société MAWADIS, Siyad 1, Kénitra)

IF: 20 68 19 31

Patente: 20 16 09 40

GSM: 06 60 04 38 61

ICE: 001793756000009





## عيادة الترويض الطبي

Bouchra Boulhana

بشرى بولھانة

Kinésithérapeute

إختصاصية فى الترويض الطبي

Kénitra le: 20.05-2021

Facture...01.../...21...

Nom et Prénom : NASSITE TOHANE

<u>Nature des soins</u>	<u>Nombre et cotation des séances</u>	<u>Date des séances</u>	<u>Montant</u>
Rééducation	15 séances	16-01-21	1500,00
de l'épaule	15 ANN	19-01-21	
Droit		21-01-21	
		23-01-21	
		25-01-21	
		28-01-21	
		30-01-21	
		03-05-21	
		05-05-21	
		07-05-21	
		10-05-21	
		12-05-21	
		17-05-21	
		19-05-21	
		21-05-21	

**BOUCHRA BOULHANA**  
Kinésithérapeute  
Adresse: 58 Hay Azharoune 1  
KÉNITRA  
Tél: 06.60.04.38.61

Arrêté la présente facture à la somme de :

Millie Cinq Cent Dirhams

ADRESSE : 58 Hay Azharoune 1 (à côté de la Société MAWADIS, Siyad 1, Kénitra)

GSM: 06 60 04 38 61

ICE: 001793756000009

IF: 20 68 19 31

Patente: 20 16 09 40



الدكتورة أسماء الحسني

Docteur Asmae Hassani

إختصاصية في أمراض الروماتيزم  
أمراض العظام والمفاصل - العمود الفقري

Diplômée de la faculté de médecine de Rabat  
Ancienne attachée à l'hôpital El Ayachi de salé  
Diplôme Universitaire d'échographie Ostéoarticulaire  
Thérapie par ondes de choc

خريجة كلية الطب بالرباط  
طبيبة سابقة بمستشفى العياشي بسلا  
دبلوم جامعي للفحص بالأشعة الصوتية  
العلاج بالموجات التصادمية

Kénitra, le : 13 Avril 2021  
Monsieur NASSIME Mohamed

القنيطرة في :

Nom & Prénom: .....

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE OSTEO ARTICULAIRE DES EPAULES

INDICATION : Douleur + limitation de l'épaule droite

TECHNIQUE: Appareil ESAOTE MYLAB; Sonde 19 Mhz, coupes transversales et axiales comparatives.

\* EPAULE DROITE:

- Le tendon long biceps dans sa coulisse  
mais très hétérogène et hypoechogène
- Tendon sub scapulaire et supra épineux paraissent hypo-echogènes, hétérogènes.
- Absence de Bursite sous acromio-deltôïdienne
- Érosions corticales au niveau de l'articulation acromio-claviculaire et trochiter
- Épanchement de l'articulation acromio-claviculaire
- Absence de conflit antéro-interne
- LAC : bombé

CONCLUSION: Rupture partielle des tendons de la coiffe, omorhose

Dr Asmae Hassani  
Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minatallah 2, Bureau N°5. Kénitra  
Tél: 05 37 37 91 87 / 08 08 41 79 57  
E-mail: hassaniasmae5@gmail.com

61, Rue Moulay Abderrahmane, Résidence Minatallah 2, Bureau N°5. Kénitra  
Tél : 05 37 37 91 87      الهاتف : 08 08 41 79 57  
E-mail : hassaniasmae5@gmail.com  
INPE : 051166841 / ICE : 002098634000014  
IF : 14434728



