

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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° M21- 0011248

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1247 Société : /
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HANDI AHMED
Date de naissance : 21-12-1947
Adresse : Casa
Tél. : 0662816415 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Hamdi Ahmed Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : NCB + tendinopathie épaul
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 : Le : 24 / 5 / 21
Signature de l'adhérent(e) :

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
24/5/21	C2		250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DAR NAJME Sofia NAJME Lot. Sofia 2 Rue Hassane N° 7 Hay El Hana - Casablanca Tél : 022.95.15.37	24/05/21	286,20

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
		A M	P C	I M	I V	
CENTRE VEZAL D'ORTHODONTIE 177 Rue H. Omar Riffi Casablanca Tél: 0522 31 45 59	24/05/21	10				2200,00
	29/06/21	10				2900,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'

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> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></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																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom : Houda Alied

Casablanca le : 24/5/21

Tendino pathologie de l'épaule
droite + NCB

=> Kinésithérapie a but
antalgique US, ionisation
mobilisation en decrochage,
et renforcement des muscles
pour stabiliser

Faire 2 séances /se x 10

Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Commune
Angle Route d'Azem
Bd Sidi Abderahmane C
Tel 0522 89 38 88



Dr. Houda IBN ABDELJALIL

Rhumatologue

Spécialiste des Maladies des Os et Articulations

الدكتورة هدى ابن عبد الجليل

اختصاصية في أمراض العظام و المفاصل

Nom et Prénom :

Houda Ahmed

Casablanca le :

24/5/21

100.40

1) Bron cp eff

1 cp / j

PHARMACIE DAR NAJME
Sofia 2 Rte Hassane N° 7
Hay El Hana - Casablanca
Tel: 02-95.15.37

79.90

2) Italgel gel

1 app - 2 / j

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10
LOT : 20E018
PER: 06/2023
6 118000 060833

53.10

3) Relaxol

1 cp + 3 / j

52.80

4) Praxal 20

286.20

1 gel / j

Dr IBN ABDELJALIL
Rhumatologue
Immeuble de la Commune 3^e Apt 3
Angle Route d'Azemmour et
Bvd Sidi Abderahmane Casablanca
Tel: 022 89 38 88

Angle Route D'Azemmour & Bd Sidi Abderahmane, Imm. de la Commune, Appt. 3, 3^eme étage - Casablanca

05 22 89 38 88 / 95 ibnabdeljalilhouda@yahoo.fr



CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport
Traitement de la douleur

Abderrahim DEZZAZ

Professeur Agrégé en Physiothérapie
Diplômé de l'Université de Bruxelles

SARL au Capital de	500.000,00 DH
RC	423525
AUTORISATION N°	5113 du 10/07/2017
PATENTE N°	34257424
IF	33632533
ICE	002182423000042
CNSS	1362804

HAMDI AHMED

Facture N°	Date	Patient	Assurance Patient
FA21/0123	29/06/2021	0827	MUPRAS

Quantité	Désignation	P.U. HT	Montant HT
10	Séance de kinésithérapie AMM10 + AMM10/2 + IR x 0,75	200,00	2 000,00
1	Pack d'électrodes jetables	200,00	200,00

NET A PAYER 2 200,00

Arrêté la présente Facture à la Somme de :

deux mille deux cents Dhs

CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
171 Rue Hadj Omar Riffi
Casablanca
Tel: 05 22 31 83 59



Accord pour
10 séances

CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
Kinésithérapie en Orthopédie et Traumatologie du sport
Traitement de la douleur

Abderrahim DEZZAZ

Professeur Agrégé en Physiothérapie
Diplômé de l'Université de Bruxelles

HAMDI AHMED

SARL au Capital de	500.000,00 DH
RC	423525
AUTORISATION N°	5113 du 10/07/2017
PATENTE N°	34257424
IF	33632533
ICE	002182423000042
CNSS	1362804

Devis N°	Date	Patient	Assurance Patient
DE21/0060	31/05/2021	0827	MUPRAS

Quantité	Désignation	P.U. HT	Montant HT
10	Séance de kinésithérapie AMM10 + AMM10/2 + IR x 0,75	200,00	2 000,00
1	Pack d'électrodes jetables	200,00	200,00

NET A PAYER

2 200,00

Arrêté le present devis à la Somme de :

deux mille deux cents Dhs

CENTRE DEZZAZ DE KINESITHERAPIE
171 Rue Hadj Omar Riffi
Casablanca
Tél: 05 22 31 83 59

171, Rue Hadj Omar Riffi - Derb BENJDIA - Casablanca - Maroc

Tél: 05 22 31 83 59 - GSM: 06 61 10 30 23

Mail: dezzaz@hotmail.fr - Site: www.kinedezaz.com

Prazol[®] 20^{mg}

Oméprazole

10 per
A noter :
per

PPV : 52DH80
PER : 08/23
LOT : K366-1

bottu

b

14

gélules

Microgranules gastro-résistants

82, Allée des Casuarinas - Allée Sébala - Casablanca
S. Bachouch - Pharmacien Responsable

Voie orale

INGRÉDIENTS

AQUA, ALCOHOL, PEG-40
HYDROGENATED CASTOR OIL,
PROPYLENE GLYCOL,
GLYCERIN, CARBOMER,
MENTHOL, PEG-7 GLYCERYL
COCOATE,
TRIETHANOLAMINE,
MENTHYL LACTATE, ARNICA
MONTANA FLOWER EXTRACT,
CHAMOMILLA RECUTITA
FLOWER EXTRACT,
PPG-25-LAURETH-25,
THYMUS VULGARIS FLOWER/
LEAF EXTRACT,
ROSMARINUS OFFICINALIS
LEAF OIL, CAMPHOR,
PHENOXYETHANOL,
COCETH-7, PPG-1-PEG-9
LAURYL GLYCOL ETHER,
ETHYLHEXYLGLYCERIN,
TETRASODIUM GLUTAMATE
DIACETATE

INGREDIENTS MADE IN FRANCE
CERTIFIÉ BIO

Fabriqué par :
LABORATOIRE IRCOS,
126 Lot Al Massar, QI,
Marrakech, MAROC.

Distribué par :
UNIVERS PHARMACEUTICALS
Centre d'Affaires ICHRAK CENTER
Lot. Diamant Vert, Imm. 25, N°5
Lissasfa -Route El Jadida
Casablanca - Maroc

N° LOT: 6580
EXP: 02/24
PPC: 79,90 DH

45 ml 1,7 floz

CERTIFICAT N° :
1364/34301/2019/UPCHC/DMP20



ITAFLAM[®] GR

Souplesses
musculaires
et articulaires

GEL
RAFRAÎCHISSANT
Naturel



Brexin[®]

Piroxicam- β -cyclodextrine

voie orale

20 comprimés effervescents

 chiesi



LOT 20019
PER 07/23
PPV 100040

10040

10 jours

1 so

après