

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.

Biologie 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

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- 0060119

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8421 Société : 80187
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :
Nom & Prénom : NASSIME MOHAMED
Date de naissance : 01-07-1947
Adresse : Lotissement Agence Urbaine n°86 Lissas FA
CASABLANCA
Tél. : 0667280051 Total des frais engagés : 1036,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Brahim YAAGHOUBI
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
RCE Tou Hassan 28 - 1er étage
avenue Mohammed V - Bureau N° 31
Tél : 37 33 55 41 - Kenitra
Date de consultation : 26/07/2021
Nom et prénom du malade : Sakyat Farida Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Lombalgie Basale du bassin, l.s. valgus
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 : 02/08/21
Signature de l'adhérent(e) : Lehou Elfi

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
26-07-2021	Contul		60	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/07/2021	536,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

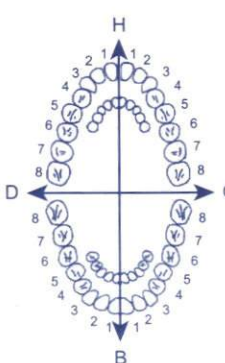
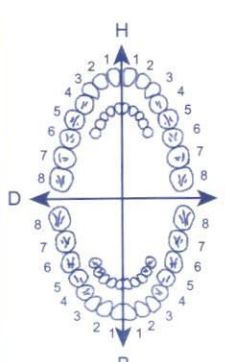
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	02/08/2021	1				500,00

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Brahim YAAGOUBI

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique
& Orthopédie - Adulte & Enfant
Ancien Médecin à l'Hopital Ghassani Fès
Ancien Médecin au CHU - Hassan II Fès



الدكتور ابراهيم اليعكوبي
اختصاصي في أمراض و جراحة العظام
طبيب سابق بمستشفى الغساني - فاس
طبيب سابق بالمركب الاستشفائي
الجامعي الحسن الثاني - فاس

ORDONNANCE

Me Sakyat Farida

89,00

Calciomat

149,00 x 03

fleximax

rep x 25

536,00

Dr. Brahim YAAGOUBI
Chirurgien Traumatologue Orthopediste
RCE Tour Hassan 28 - 1er étage
avenue Mohammed V - Bureau N° 31
Tél 05 37 32 55 41 - Kénitra

Dr. Brahim YAAGOUBI
Chirurgien Traumatologue Orthopediste
RCE Tour Hassan 28 - 1er étage
avenue Mohammed V - Bureau N° 31
Tél 05 37 32 55 41 - Kénitra

380 شارع محمد الخامس، إقامة برج حسان 28، الطابق الأول، مكتب رقم 31، القنيطرة

RCE Tour Hassan 28 - 1er étage - avenue Mohammed V - Bureau N° 31 - Kénitra

Tél. : 05 37 32 55 41

E-mail : dr.yaagoubi@outlook.com / Facebook : www.fb.com/drbyaagoubi

①

FCE15 1223
LOT PER
Prix
89.00



②

LOT:2103010
FAB:03/2021
EXP:03/2024
PUC:149.00DH



LOT:2101009
FAB:01/2021
EXP:01/2024
PUC:149.00DH



LOT:2101009
FAB:01/2021
EXP:01/2024
PUC:149.00DH



Dr. Brahim YAAGOUBI

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique
& Orthopédique - Adulte & Enfant
Ancien Médecin à l'Hopital Ghassani Fès
Ancien Médecin au CHU - Hassan II Fès



الدكتور ابراهيم اليعكوبي

اختصاصي في أمراض و جراحة العظام
طبيب سابق بمستشفى الغساني - فاس
طبيب سابق بالمركب الاستشفائي
الجامعي الحسن الثاني - فاس

ORDONNANCE

M. Sakyat Farida

Le : 26.07.21

Jeune

500/100 Semelles orth. p

Pied plat valgus +

Bascule de Bassin 13mm

Dr. Brahim YAAGOUBI
Chirurgien Traumatologue Orthopédiste
RCE Tour Hassan 28 - 1er étage
avenue Mohammed V - Bureau N° 31
Tél : 05 37 32 55 41 - Kénitra

380 شارع محمد الخامس، إقامة برج حسان 28، الطابق الأول، مكتب رقم 31، القنيطرة

RCE Tour Hassan 28 - 1er étage - avenue Mohammed V - Bureau N° 31 - Kénitra

Tél. : 05 37 32 55 41

E-mail : dr.yaagoubi@outlook.com / Facebook : www.fb.com/drbyaagoubi



**Conception et fabrication des appareils
Orthopédiques sur mesure**

facture

Facture N° : OSM39521 Date : 02/08/2021

Type d'appareil : semelle orthopedique

Nom et Prenom du malade : Mme SAKYAT FARIDA
Medecin traitant : Dr. BRAHIM YAAGOUBI

Reference (ANAM)	Designation	Prix H.T	Qte	Prix TTC
DB000001	Semelle plantaire orthopédique de correction pour pied plats valgus droite et gauche, avec compensation fabriquée en matériau non traumatisant.	250.00dh	02	500.00dh

Arrêtée la présente facture à la somme de

Cinq cent Dirhams et 00 cts

Mode de paiement : espèces

Total HT :	500,00dhs
TVA à 20% :	exonéré
Total TTC :	500,00dhs

Vente en exonération de la T.V.A, article 91-
VI-2° du code général des impôts
Attestation n° : DISPENSE SELON LOI DE
FINANCE 2012

33, Bis Apt.N°2 AV.Al Qadissia_Kénitra
Gsm: 06 61 48 19 75 _ Fixe: 05 37 36 80 00
E-mail: Orthosoftmaroc@gmail.com
Taxe professionnelle : 20122200
ICE : 001540874000090

Orthosoft Maroc Sarl.
RC: 36295 KENITRA
IF: 29152625
CNSS : 8696356

RIB : 011330000001210002864731 Banque BMCE. Agence Kenitra Ville

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 02/08/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 8421	e-mail : casatissasfa86@gmail.com Phones : 0667 280051
Nom et Prénom de l'adhérent : NASSIME M.	0615256531
Nom et Prénom du bénéficiaire : SAKYAT FARIDA	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : Dr. Brahim YAAGOUR	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Sakyat Farida	
Nécessite : Selly ortho	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) : 0522 22 78 18	
Une hospitalisation de (approximatif) : 03/08/2021	
A (préciser l'établissement hospitalier) : DB000001	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
03/08/2021 DB000001 Selly orthopédique	
Selly	
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.