

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### diologie 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.

### otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### entaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

### 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)

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 057261

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 013531 Société : 77360

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAI MESSAOUD

Date de naissance : 01-01-1947

Adresse : 21 Lot H. FATEH - 2<sup>e</sup> étage MUPA - Casablanca

Tél. : 0664905741 Total des frais engagés : 3000 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Maladie  
Thrombose

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# 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

# 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

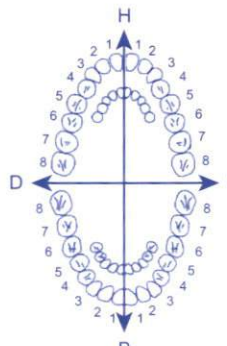
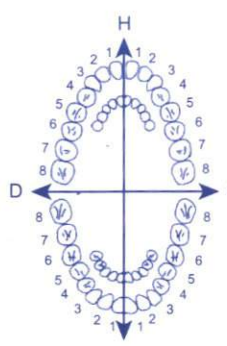
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21/7/21		15	sans le kiné		15 x 200
				à domicile		3000

# 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 <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Professeur Bouchaib ZRYOUIL**

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique et Orthopédique

Chirurgie de la Main

Chirurgie des Nerfs Périphériques

Microchirurgie

Ex. Enseignant à la Faculté de Médecine

Ex. Chef de service au CHU Ibn Rochd

**الدكتور ازرويل بوشعيب**

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

جراحة اليد

جراحة أعصاب الأطراف

الجراحة المجهرية

أستاذ بكلية الطب سابقا

رئيس سابق لقسم جراحة العظام بمستشفى ابن رشد

ACC

13TH

0628647706

Casablanca, le 28/6/2021 في: الدار البيضاء

TL

Mr SAIF MACHAoud

CASA  
ANFR

77340

15 jours de retard  
reçu par Mr Machaoud  
et qu'il a

MLE

01354



Professeur Bouchaib ZRYOUIL  
Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique  
Res. YAMAMA 181 Bd. Abdelmoumen  
Casa. Tél. 05 22 20 95 53



Urgences : 06 63 60 76 64 : المستعجلات

إقامة اليمامة 181 شارع عبد المومن رقم 1 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 95 53

Résidence YAMAMA 181 Bd. Abdelmoumen RDC N°1 - Casablanca - Tél : 05 22 20 95 53



**KOUNIMA MOHAMED**  
**PROFESSEUR EN KINESITHERAPIE**  
**DIPLOME DE L'UNIVERSITE DE BRUXELLES.**

Casablanca le 27/7/21

Calendrier des séances

~~ORDONNANCE~~

N° 841 MASSAOUD

15 séances le 12/7/21

① 7/7/21

② 8/7/21

③ 9/7/21

④ 12/7/21

⑤ 13/7/21

⑥ 14/7/21

⑦ 15/7/21

⑧ 16/7/21

⑨ 19/7/21

⑩ 20/7/21

⑪ 22/7/21

⑫ 23/7/21

⑬ 24/7/21

⑭ 26/7/21

⑮ 27/7/21

**KOUNIMA MOHAMED**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
Diplôme de l'Université de Bruxelles  
5, Rue Georges Sand Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 982 382 - Gsm: 3661 181 973



KOUNIMA MOHAMED  
PROFESSEUR EN KINESITHERAPIE  
DIPLOME DE L'UNIVERSITE DE BRUXELLES.

Casablanca le 27/7/21

### NOTE D'HONORAIRES

EE 001645700000054

NOM : M<sup>re</sup> SAÏ MASSAOUD

ASSURANCE : MUPRAS

AT DU : .....

15 AMK + 15 AMK/2 + IR = 3000 DH

Pharmacie : .....=.....

TOTAL : .....= 3000 DH

KOUNIMA MOHAMED  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
Diplôme de l'Université de Bruxelles  
5, Rue Georges Sand Maarif - Casablanca  
Tél: 0522 982 582 - Gsm: 0661 141 911