

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.

Radiologie 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

- Reclamation : 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.



Declaration de Maladie

N° W21-616052

118456

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13112 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : QASSOUD MEHDI

Date de naissance : 22/06/1993

Adresse : Palmeraie Boukaram Villa 127
California Golf Royal

Tél. : 0684 69 16 10 Total des frais engagés : 120920H

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

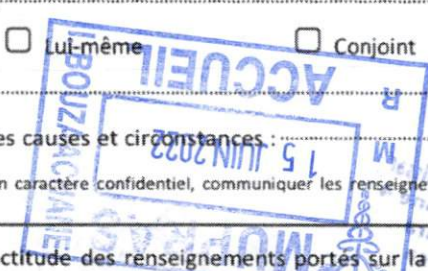
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at-
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 15/06/2022

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										
				INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

[illegible]

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

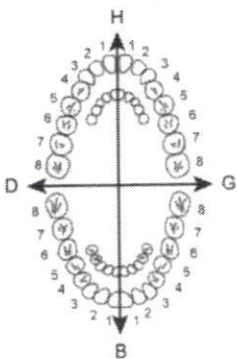
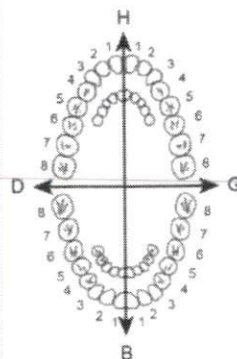
[illegible]

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	INP : <input type="text"/>														
				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"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

INP : _____

FIN
D'EXECUTION

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Dr. Nacer ADNANE

Chirurgien Orthopédiste Traumatologue

Tél. : +212 (0) 5 20 17 71 00

GSM : +212 (0) 6 61 71 90 00

E-mail : adnane.ortho@gmail.com



د. ناصر عدنان

أمراض و جراحة العظام و المفاصل

الهاتف : +212 (0) 5 20 17 71 00

المحمول : +212 (0) 6 61 71 90 00

البريد الإلكتروني : adnane.ortho@gmail.com

Casablanca, le : 2.06.22

Assant Nehri

Cumbaya

→ 06 Séances de Kinésithérapie
Cumbaya

د. ناصر عدنان
Dr. Nacer ADNANE
Chirurgien Orthopédiste Traumatologue
Tél.: 05 20 17 71 00 - GSM: 06 61 71 90 00
INPE: 091036814

Andalous III, Imm Jasmine 4, Etg 4 N° 20, Bouskoura 27182 - Casablanca

الاندلس 3، عمارة ياسمين 4، الطابق 4، الشقة 20، بوسكورة - الدار البيضاء



Casablanca le, 24-06-22

Facture DE TRAITEMENT

La somme de mille deux cent dirhams (1200 dh).

Pour une série de - 06 - séances de:

Rééducation lombalgie

Adressées à : Nehdi Gussend

Durant la période du 10-06 au 24-06 2022

Sur ordonnance du Docteur ADNA NE NACER

Avec mes remerciements

Cabinet de Kinésithérapie ALAMI Intissar
Dyar Andalous Imm. Vassine 4
Etage 4 N° 19 Bouskoura
Nouaceur - Casablanca
Gsm : 0661 38 63 13

☎ 0520.264.888

☎ 0661.386.313

✉ cabinetkinealami@gmail.com

📍 Dyar Andalous GH11 Jasmine 4
Etg 4 N°19 - Bouskoura

RC: 54001
IF: 50498314
ICE: 002894452000077
Patente: 1362202116046

21-	à
22-	à
23-	à
24-	à
25-	à
26-	à
27-	à
28-	à
29-	à
30-	à

Cabinet de Kinésithérapie
Alami Intissar



مركز الترويض الطبي
علمي إنتصار

Nom: *Nehdi Quissoul*
Diagnostic: *Lombalgie*
Nombre de Séances: *06*

Carnet de Rendez-vous

☎ 0520.264.888

☎ 0661.386.313

✉ cabinetkinealami@gmail.com

📍 Dyar Andalous GH11 Jasmine 4
Etg 4 N°19 - Bouskoura

1. 12-06-22 à -----
2. 13-06-22 à -----
3. 15-06-22 à -----
4. 20-06-22 à -----
5. 22-06-22 à -----
6. 24-06-22 à -----
7. ----- à -----
8. ----- à -----
9. ----- à -----
10. ----- à -----

Cabinet de Kinésithérapie ALAMI Intissar
Dyar Andalous Imm. Jasmine 4
Etag 4 N° 19 Bouskoura
Nouaceur-Casablanca
Gsm : 0661 38 63 13

11. ----- à -----
12. ----- à -----
13. ----- à -----
14. ----- à -----
15. ----- à -----
16. ----- à -----
17. ----- à -----
18. ----- à -----
19. ----- à -----
20. ----- à -----