

## 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

- Réclamation : 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.

MUPRAS : Centre Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-799099

162832

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1818 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ABOUEL TOUKOUA AHMED  
 Date de naissance : 30/06/1951  
 Adresse : 30 BORDJ 1572 ALGER  
 Tél : 069353243  
 0602404540 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Dr. Hicham ABOUTAYEB  
 CARDIOLOGUE  
 9, Rue Imam Malek Résidence Al Masjid  
 1er Etage Appt N° 4 Marrakech  
 Tel : 05 24 43 08 15  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ABOUEL TOUKOUA AHMED  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : HTA + Diabète  
 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 : *Alger* Le : *17/06/2022*  
 Signature de l'adhérent(e) : *Abouel Toukoua*





| 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   |
| 18 MAI 2023                    |                   |                       |                                 | INP :<br>Dr. Hicham ABUJABER<br>CARDIOLOGUE<br>9, Rue Imtaz Malek Résidence Al Mawakech<br>1er Etage Appt. N° 4 - Mawakech<br>Tél : 05 24 43 08 15 |

| 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 Porteur  | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|   |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| Shah ALAOU<br>Cabinet Alacoma 1, N° 155, 2ème Etage<br>Mawakech / Tél 06 40 04 70 77<br>INP N° 2023 |                |        |    |    |    | 12000                           |
|   |                |        |    |    |    | 18000                           |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES   |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|--|--|------------------|---|---|--|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|---|----------|----------|--|----------|----------|--|---|--|--|---|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                           |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
| Important :<br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient                                       | INP : <input type="text"/>  |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28533412</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   |   |  | 28533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  | H  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  | 28533412   | 21433552         |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  | 00000000   | 00000000         |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  | D  |                  | G   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  | 00000000   | 00000000         |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  | 35533411   | 11433553         |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  | B  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession   |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
|  |  |                  |   |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS   |  |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |   |  |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |   |  |



# Docteur Hicham ABOUTAYEB

Spécialiste des Maladies du Cœur  
et des Vaisseaux

Ancien Cardiologue à l'hôpital Militaire  
ECG - Echo - Doppler couleur - Cardiaque  
et vasculaire

Holter tensionnel et Rythmique  
Epreuve d'effort



الدكتور هشام أبوطيب

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بالمستشفى العسكري

تخطيط القلب، الفحص بالصدى والدوبلير

تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي

Marrakech, le : 1.8 MAI 2023 : في مراكش،

ABUSOURA A Ali  
Age 71 ans.

h20. HSA.  
Mie 66

Ch - Suppl 1 AOC vch -  
ca Hays, hys dte narsat  
A Seau Spluchet A Kier

Paa - Lush

Kier, hys (A Seau)

الدكتور هشام أبوطيب  
Dr. Hicham ABOUTAYEB  
CARDIOLOGUE

Résidence Al Masjid  
9, Rue Imam Malek, Résidence Al Masjid, 1<sup>er</sup> Etage Appt. N° 4 - Marrakech

Tel : 05 24 43 08 15

9, شارع الإمام مالك، إقامة المسجد الأول رقم 4 - جليز - مراكش

9, Rue Imam Malek, Résidence Al Masjid, 1<sup>er</sup> Etage Appt. N° 4 (à côté de la mosquée) - Guéliz  
Marrakech - Tél. : 05 24 43 08 15 - E-mail : hichamaboutayeb@hotmail.com





## Cabinet Jalaoui de Kinésithérapie

Hay Socoma 1 N° 1758 Askjour Marrakech

Facture N° : 13/2023.

Date : 26.06.2023.

Facture A :

M. Ahmed Abouelmarsou

| Qte                | Designation   | Prix , U ,TTC | Montant TTC |
|--------------------|---|---------------|-------------|
| Du :<br>25.05.2023 | 15 Séances Rééducation<br>Motricité Membre sup et inf | 120 DH.       | 1800 DH     |
| Au :<br>26.06.2023 |   |               |             |
|                    |   | TOTAL TTC     | 1800 DH.    |

**Siham JALAOUI**  
Cabinet Jalaoui de Kinésithérapie  
Hay Socoma 1 N° 1758 Askjour  
Marrakech / Tel 06 40 04 70 77  
INPE N° 075051847

Cabinet Jalaoui de Kinésithérapie

Socoma 1 N° 1758 Marrakech

Tel : 06,40,04,70,77

ICE : 002892051000011

IF : 50587805



# Devis

**Cabinet Jalaoui de Kinésithérapie**  
**Marrakech, Socoma 1 N° 1758**  
**06-40-04-70-77**

Client : **M. Ahmed Abouelmoukha**

Date : **22.05.2023**

| QTE              | DESIGNATION  | PRIX,U,TTC | MONTANT TTC |
|------------------|--|------------|-------------|
| Du<br>22/05/2023 | 15 Séances Rééducation<br>Motrice Membre sup<br>et inf | 120 DH     | 1800 DH     |
| Au<br>23/06/2023 |  |            |             |
| TOTAL TTC        |  |            | 1800 DH     |

**Siham JALAOUI**  
Cabinet Jalaoui de Kinésithérapie est au  
May Socoma 1 N° 1758 Actif  
Marrakech / Tel : 06 40 04 70 77  
INPE N° 075051847







عيادة الجلاوي للترويض الطبي  
*Cabinet Jalaoui de kinésithérapie*

**CARTE DE RENDEZ VOUS** بطاقة المواعيد

**TEL : 06 40 04 70 77**

*Siham Jalaoui*

Kinésithérapie  
Physiothérapie  
Hijama médicale



**سهام جلاوي**

اختصاصية الترويض الطبي  
العلاج الفيزيائي  
الحجامة الطبية

le ..... à .....  
le ..... à .....  
le ..... à .....  
le ..... à .....  
le ..... à .....  
le ..... à .....  
le ..... à .....

***Libérez vous de vos Douleurs***



**Socoma | en face pharmacie  
Al Ahd el Jadid - MARRAKECH**