

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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.

N° W21-794719

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <b>13303</b>	Société : <b>RAT</b>		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre :</b>	<b>MESSISSEN OMAR</b>
Nom & Prénom : <b>MESSISSEN OMAR</b>			
Date de naissance : <b>27/01/1884</b>			
Adresse : <b>8 Rue Aïn Aouda</b>			
Tél. : <b>06 68 15 11 67</b>		Total des frais engagés : <b>2 950,00 Dhs</b>	
<b>Dr. Asmaa YACOUBI</b> <b>RHUMATOLOGUE</b> <b>MÉDECINE FONCTIONNELLE-NATUROPATHIE</b> <b>MICRONUTRITION-MÉDECINE DU SPORT</b> <b>Angle Bd. Siâlemissi (bld du Phare) et Av. de Nice.</b> <b>Résidence Normandie 2, 2<sup>me</sup> étage</b> <b>Tél. : 05 22 36 36 86 - GSM : 06 82 37 80 50</b>			
Cadre réservé au Médecin			
<b>Cachet du médecin :</b> <b>MESSISSEN OMAR</b> <b>39ans.</b> <b>Age:</b> <b>Lien de parenté :</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b> <b>Nature de la maladie :</b> <b>PATHOMATOLOGIQUE</b> <b>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</b> <b>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.</b>			

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 : **Carabassa**

Le : **21/03/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Alhassan**



### RELEVE 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
				091023366 Dr. ASFOAD YACOUBI PHYSIOTHERAPEUTE MEDECINE FONCTIONNELLE - NATUROPATHIE MICRONUTRITION - MEDECINE DU SPORT Angle Bd. Sidi Mousa et Bd. de l'Av. de Nice. Résidence Normandie 2, 2 <sup>e</sup> étage, N° 1 Casablanca Tél. 05 22 36 36 86 - GSM : 06 02 37 80 50

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

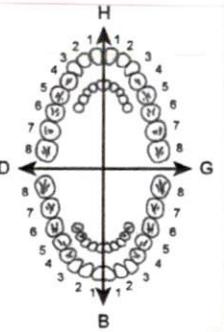
### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV
CENTRE DE KINE PLAZA SARL 400 Bd Zerktouni 3 <sup>e</sup> Etage Casablanca Tél 0522 27 35 75/06 62 21 78 54	17/04/2013	TN PFE 06/04/2013 46 807	3750,00

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

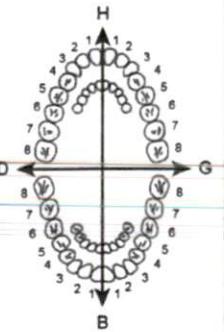


**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
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

Dr. YACOUBI Asmaa  
الدكتورة يعقوبي اسماء

# MALADIES DES OS ARTICULATIONS ET COLONNE VERTÉBRALE MÉDECINE FONCTIONNELLE ET MICRONUTRITION RHUMATOLOGIE - NATUROPATHIE - MÉSOTHÉRAPIE MÉDECINE DU SPORT

Casablanca, le : 21/03/23

MR. HESSISSEN OMAR

Discopathies lombaires  
étagées - lumbago  
récidivant -

# Kinésithérapie antalgique

④ fonctionnelle  
DOUCE

15 séances 2x/semaine

✉ ayacoubirum@hotmail.fr ☎ 06 62 37 80 50 ☎ 05 22 36 36 86  
📍 Angle Bd. Sijelmassi (bd du Phare) et Av. de Nice, Résidence Normandie 2,  
2<sup>ème</sup> étage, N3 · Casablanca.  
🌐 www.dababoc.ma



# CENTRE KINÉ

## PLAZA

**Patient :** HESSISSEN Omar

### Calendriers des séances :

Date du règlement	Montant
18/04/2023	250.00 Dhs
25/04/2023	250.00 Dhs
05/05/2023	300.00 Dhs
16/05/2023	250.00 Dhs
25/05/2023	250.00 Dhs
02/06/2023	300.00 Dhs
16/06/2023	250.00 Dhs
22/06/2023	250.00 Dhs
04/07/2023	300.00 Dhs
06/07/2023	300.00 Dhs
18/07/2023	250.00 Dhs

CENTRE DE KINÉ PLAZA SARL AU  
400 Bd Zerkouni 3ème étage  
Casablanca  
Tél : 0522 27 35 30 / 06 62 21 78 52



# CENTRE KINÉ PLAZA

Casablanca, le 18/07/2023

Facture N°2679-2023

HESSISSEN

Omar

Type de séance de rééducation	Montant
11 séances de rééducation du rachis lombaire	
<b>Montant total</b>	<b>2950.00 dhs</b>

CENTRE DE KINE PLAZA SARL  
400 Bd Zerkouni 3<sup>e</sup> étage  
Casablanca  
Tél. 0522 27 35 75/06 02 21 78 52