

## 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

- 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.

**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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0014147

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2343 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 184354  
 Nom & Prénom : BACHRY Mostafa  
 Date de naissance : 14.2.1951  
 Adresse : Cite' Almatina IMB 60 MP6 H07  
 ELISA BLANC  
 Tél. : 06 61 81 98 9 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Docteur SINNATE Abderrahim  
 Spécialiste en Chirurgie Orthopédique  
 et Traumatologique  
 Chirurgie des Os et Articulation  
 Residence Al Mouahidine, Rue 4 N° 310  
 Hay Mohammadi Tel.: 05 22 66 35 66  
 Date de consultation : 27/11/2022  
 Nom et prénom du malade : M. BACHRY Mostafa Age : 1951  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : lumbago  
 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 : Casablanca le 27/11/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :



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
27/11/23	C5		2400DH	<i>[Signature]</i>

# 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

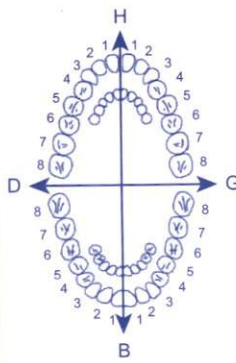
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>[Signature]</i>	27/11/23	20				20 x 120 DH
<i>[Signature]</i>	28/11/23					2400 DH
<i>[Signature]</i>	19/12/23	12 AMM9				12 x 120 DH
<i>[Signature]</i>						1440 DH

# 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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS
		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Cabinet Laadraoui de kinésithérapie



عيادة العدراوي للترويض الطبي

Zohra Laadraoui

الزهرة العدراوي

KINESITHERAPEUTE D.E

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

Casablanca, le 19/12/2023 الدار البيضاء, في

Facture N°: 128/2023

Nom : M. BACHRY MOSTAFA

Nature de la maladie : Lombosciatique

Type et siège : Rééducation du rachis lombaire

Nombre total des séances : 12 séances

Rythme et fréquence : 3 séances par semaine

12... Séances de rééducation, massages et électrothérapie.

AMM 9 +  $\frac{9}{2}$  du 28/11/2023 au 19/12/2023

12... Séances x 12000 = 1440 Dhs

Facture arrêtée à la somme de : Mille quatre cent quarante Dhs

Mme ZOHRA LAADRAOUI  
KINESITHERAPEUTE D.E  
Rés. Al Mouchidine Imm. 309  
N°1, Casa - Tél: 0522 66 57 38  
INPE: 065036683

Imm. 309, Bd de la Grande Ceinture, N° 1, Résidence Al Mouchidine, Casablanca

✉ Email: zohralaadraoui59@gmail.com ☎ Fixe: 0522665738 📞 GSM: 0661429379

Patente: 31800726 IF: 48028990 CNSS: 4439468

ICE: 003247097000085 INPE: 065036683



# Cabinet Médical de Groupe Spécialisé en Traumato-Orthopédie et Maladies des Os

عيادة طبية مشتركة مختصة في جراحة العظام والمفاصل والروماتيزم

**Dr. Abderrahim SINNATE**

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologie

Chirurgie des Os et Articulations

الدكتور عبد الرحيم سنات

إختصاصي في جراحة  
العظام والمفاصل

**Dr. Assia BENCHAABOUN**

Spécialiste en Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologie

Chirurgie des Os et Articulations

الدكتورة أسية بنشعبون

إختصاصية في جراحة  
العظام والمفاصل



091042796

Casablanca, le 27/11/23



INPE 091042770

Mr. MOSTAFA BACHRY

lombosquatique à bascule  
sur HD protrusives et conflit  
sur les racines S1

→ réduction de radis  
lombosacré - 1ère séance  
médicamenteuse, puis renforcer  
les muscles paravertébraux  
et sangle de abdominale.

(20 séances)

Docteur Abderrahim  
SINNATE, Spécialiste en Chirurgie Orthopédique  
et Traumatologie

إقامة 310, Rue 4, Hay Mohammadi, Casablanca. Tél: 05 22 66 35 66  
Résidence Al Mouahidine, rue 4, N°310, Hay Mohammadi, Casablanca. Tél: 05 22 66 35 66

# عيادة العدراوي للترويض الطبي Cabinet Laadraoui de kinésithérapie

M<sup>me</sup> Zohra LAADRAOUI

KINESITHERAPEUTE D.E



الزهرة العدراوي

دبلوم الدولة في الترويض الطبي

## BULLETEIN DE TRAITEMENT

Non et prénom

: M<sup>r</sup> BACHRY MOSTAFA

Diagnostic

: lombosciatique

Médecin Traitant

: D<sup>r</sup> SINNATE

12 séances 3 fois/semaine

Date	Date	Date
28/11/23		
29/11/23		
30/11/23		
1/12/23		
04/12/23		
07/12/23		
11/12/23		
12/12/23		
14/12/23		
15/12/23		
18/12/23		
19/12/23		
<p>Mme ZOHRA LAADRAQUI KINESITHÉRAPEUTE D.E Rég. AL Moughidine Imm. 309 N°1, Casa - Tel: 0522 66 57 38 INPE: 065036683</p>		