

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° M21- 074109

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AMR Société : R.A.M  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LAARIFI CAR BI  
 Date de naissance : 01-01-1952  
 Adresse : VILLA 16 RUE A OULAD HRIZ HAY EL MOUDA Berechid  
 Tél : 0661139092 Total des frais engagés : 1800 DHS Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : P. Abdenbi EL KAMAR Neurochirurgien Angle Bd. Zerkou et Bd. Med Ben Abdellah - Casablanca 05 22 26 38 29  
 Date de consultation : 28/10/2023  
 Nom et prénom du malade : EL FAROUKI NOLIKE Age : 66 ans  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Trouble de la marche  
 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 : Berechid Le : 28/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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)



# 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
30/10/23	G		Contrôle	P. Abdel EL KAMAR Neurochirurgien Angle Bd Zerketoui et Bd Med Ben Abdellah - Casablanca 05 22 26 38 38

# 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	
Centre Kinesithérapie OUMAIMA ALAQUI Résidence Nasrallah - Benachid ICE: 002723078000081 Gsm: 0620 22 39 33	18/11/23	1200H		17		18000H Nille Hnt Cent. Dircha

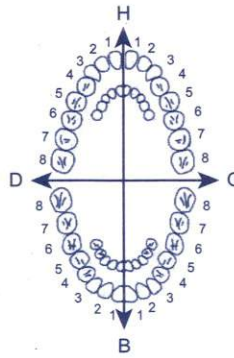
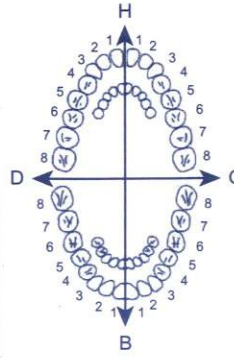
ICE:002723078000081  
INPE:065050676

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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											
				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													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Abdenbi EL KAMAR**

**Professeur en Neurochirurgie**

**Chirurgie du Cerveau**

**et de la Colonne Vertébrale**

**الدكتور عبد النبي القمر**

**أستاذ في جراحة**

**الدماغ و الأعصاب**

**والعمود الفقري**

Casablanca, le :

30-10-23

M. El Farouki Naliki

Recu du Cath' pr  
Lombalgie  
Clavici cath -

15 jours

2 fois/semaine

CENTRE KINESITHERAPIE

OURAIMA ALAOU

Résidence Nasarallah - Berrechid

ICE: 002723078000081

Gsm: 0620 22 39 33

Dr. Abdenbi EL KAMAR  
Neurochirurgien  
Angle Bd. Zerketouni et Bd. Med  
Ben Abdellah - Casablanca  
05 22 26 38 38

زاوية شارع الزرقتوني - محمد بن عبد الله الطابق الأول الشقة رقم 3 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 26 38 38

Angle Bd. Zerketouni - Med Ben Abdellah 1<sup>er</sup> Etage Appt. N° 3 - Casablanca - Tél : 05 22 26 38 38

المحمول : 06 00 04 43 43





# Centre Oumaima Alaoui de Kinésithérapie et bien-être

## Détail des Séances

Nom et Prénom : M<sup>me</sup> EL FAROUKI MALIKA

Diagnostic : Rééducation lombalgie

Nombre de Séances : 15 Séances

## Détail des Séances :

1-01-11-2023	6-16-11-2023	11-04-12-2023
2-04-11-2023	7-20-11-2023	12-07-12-2023
3-07-11-2023	8-23-11-2023	13-11-12-2023
4-10-11-2023	9-27-11-2023	14-14-12-2023
5-13-11-2023	10-30-11-2023	15-18-12-2023

Berrechid de :  
18-12-2023

ICE: 002723078000081  
INPE: 065050676

CENTRE KINESITHERAPIE  
OUMAIMA ALAOU  
Résidence Nassrollah - Berrechid  
ICE: 002723078000081  
Gsm: 0620 22 39 33

**Oumaima TAHIRI ALAOU**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Diplômée de l'école Supérieur de Kinéthérapie Casablanca

Adresse : Bureau N°1 Etg 1 Rés Nassrollah en face Carrefour Berrechid Tél : 0620 223 933 - Email : oumaimaalaoui749@gmail.com

ICE: 002723078000081 - RC : 315009 - TP : 43100854CNSS : 2483003 - Identifiant Fiscal : 50183056

# Centre Oumaima Alaoui de Kinésithérapie et bien-être

Oumaima Tahiri Alaoui  
Kinésithérapeute et Physiothérapeute

**Facture** **N° 000231**

Berrechid, le : 18/12/2023

Nom et Prénom : Mme EL FAROUK ALI KA

Diagnostic	Rééducation pour lombalgie
Medecin Traitant	Dr. Abdelmouli EL KARAR
Nombre de séances	15 séances
Date de Début	01 - 12 - 2023
Date fin de traitement	18/12/2023
Prix de séance	120 DHs
Montant Total des Honoraires	1800 DHs Dix-huit cent DHs

Signature / cachet :

ICE: 002723078000081  
INPE: 065050676

CENTRE KINESITHERAPIE  
OUMAIMA ALAONI  
Résidence Nasarallah - Berrechid  
ICE: 002723078000081  
Gsm: 0620 22 39 33

☎ 06 20 22 39 33 ✉ oumaimaalaoui749@gmail.com

🏠 Bureau N°1 Etg 1 Rés Nassrollah  
en face Carrefour Berrechid

ICE 002723078000081 - RC : 315009 - TP : 43100854CNSS : 2483003 - Identifiant Fiscal : 50183056