

## 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

M23-0021774

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05095 Société : 179561

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : E. L. Amine Salama

Date de naissance : 31-10-1959

Adresse :

Tél. 0668935226 Total des frais engagés : 3750,00 Dhs

### 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALCM Pathologie :

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 : Casa Le : 29/10/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 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



[illegible][illegible][illegible]

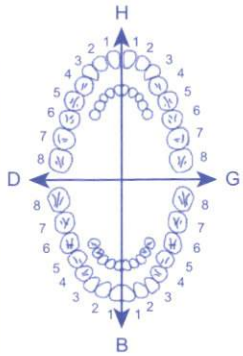
AUXILIAIRES MEDICAUX					Montant détaillé des Honoraires
Date des Soins	Nombre				
	AM	PC	IM	IV	
29.2.2024	25	1	1	1	1500
					total 3750

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

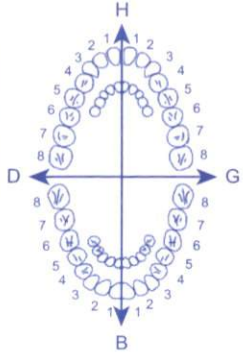
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION	
					FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412    21433552</p> <p>00000000    00000000</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>D</p> <hr style="width: 100%;"/> <p>B</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>G</p> <p>00000000    00000000</p> <p>35533411    11433553</p> </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
		<p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur hamid EL HRAICHI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

**Adultes et Enfants**

Ancien Attaché des Hôpitaux de Lyon

Arthroscopie

Traumatologie du Sport

Sur Rendez-Vous

# الدكتور حميد الحريشي

خريج كلية الطب بليون

طبيب اختصاصي في جراحة المفاصل

وتقويم العظام للكبار و الأطفال

طبيب مساعد سابق بمستشفيات ليون

بالموعد

Casablanca, le ..... 27/09/2023 ..... في الدار البيضاء،

EL ANNE SALTA

25 séance de rééducation des Genoux

inferieurs

Potentielle myélite des Membres inf



Dr. Hamid EL HRAICHI  
Chirurgie Orthopédique  
87, Bd. Moulay Driss 1, Casa  
Tél: 0522 833 622

87, شارع مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 83 36 22

87, Bd. Moulay Driss 1er - Casablanca - Tél.: 22 83 36 22

ICE : 001691553000034 - (En cas d'Urgence «CLINIQUE LINA» - Tél.: 05 22 97 74 00)

# CENTRE KINEMED

FACTURE N° : K51

EL AMINE SALMA

Casablanca le, 29/02/2024

Code Client : 001048

Code Article	Désignation	Qté	P.U.	Montant
	REEDUCATION FONCTIONNELLE			
	NOMBRE DES SEANCES	25.00	150.00	3 750.00
	DATE DU26/10/2023 AU29/02/2024			



TOTAL

3 750.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
TROIS MILLE SEPT CENT CINQUANTE DH.



# Programme Kinésithérapie pour 25 séances

Du 26 octobre au 31 octobre 2023

- Épaule droite
- Épaule Gauche
- 06/11/23 - Membre Inférieur droit
- 18/11/23 - ~ ~ Gauche
- 10/11/23 - Nuque + 2 épaules
- 23/11/23 - DOS
- 28/11/23 - Membre Inférieur droit
- 02/12/23 - ~ ~ Gauche
- 04/12/23 - Nuque + Bras Gauche et droit
- 07/12/23 - DOS
- 12/12/23 - Épaule droite + Épaule Gauche
- 16/12/23 - Membres Inférieurs
- 18/12/23 - NUQUE
- 29/12/23 - DOS
- 27/12/23 - Épaule droite + Épaule Gauche
- 02/01/24 - les 2 membres Inférieurs
- 04/01/24 - Nuque
- 30/01/24 - DOS
- 01/02/24 - Épaule Gauche + Cou
- 03/02/24 - Épaule droite
- 29/02/24 - DOS
- 13/02/24 - NUQUE
- 15/02/24 - les 2 membres Inférieurs
- 24/02/24 - ~ ~ ~
- 27/02/24 - DOS
- 29/02/24 - Nuque
- 02/03/24 - les 2 épaules X



25 séances  
en TOTAL