

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR FACILITER 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0029543

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3103 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMDOUN MHAMMED

Date de naissance : 4/4/1956

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0664 684943 Total des frais engagés : 14412 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 43, Avenue 2 mars, 1<sup>er</sup> Etage, N°1

Date de consultation : 09 OCT 2019

Nom et prénom du malade : HAMDOUN M'hammed Age : 63 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie Rhumatoïdale

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 : 10/10/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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



# 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
09.10.19		C	gratuit	

# 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	
	09.10.19					1440 dh

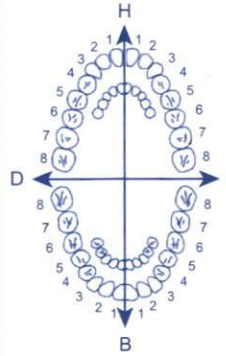
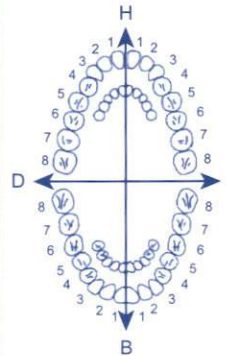
**Centre de Kinésithérapie Aghbou**  
 تجزئة الرجاء رقم 62, 61 حد السوالم  
 إقليم برشيد - 39 26  
 Tél : 0522 96 26

# 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 canalaire, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 médical Spécialisée  
en rééducation fonctionnelle  
physiothérapie et nutrition



عيادة طبية متخصصة  
في الترويض الطبي و العلاج  
الفيزيائي و نظام التغذية

Deviz.

Le 9-08-19.

Mr HAMPOUN Mohammed.

Séances de rééducation fonctionnelle et de  
renforcement des muscles paravertébraux.

Nombre de séances: 12 séances.

Prix de la séance: 120 dh.

La somme totale: 1440 dh.



Lotissement Rajaa 1 n° 61 - 62 Soualem - Berrechid  
Tél.: 05 22 96 26 39



Cabinet médical Spécialisée  
en rééducation fonctionnelle  
physiothérapie et nutrition



عيادة طبية متخصصة  
في الترويض الطبي و العلاج  
الفيزيائي و نظام التغذية

Facture.

Le 11 - 10 - 19

Mr. Hamdoun Mohamed.

Séances de rééducation suite à une

lombosciatalgie du dos.

Nombre de séance : 12.

Le prix de la séance : 120 dh.

La somme totale : 1440 dh.

la facture s'arrête sur la somme de  
mille quatre cent quarante dirhams



ICE: 002242595000051.

Lotissement Rajaa 1 n° 61 - 62 Soualem - Berrechid  
Tél.: 05 22 96 26 39



Docteur Karima MESSOUS  
Ep. FEKAK

Spécialiste en Médecine Interne

Maladies Auto Immunes  
Maladies Rhumatismales

Echographie de l'appareil locomoteur

Diplômée de l'Université de Montpellier en :

Immuno - Rhumatologie

Biothérapies

Membre de la société française de rhumatologie



الدكتورة كريمة مسوس  
ز. فكاك

إختصاصية في الطب الباطني

أمراض العظام والمفاصل

أمراض الشيخوخة

فحص المفاصل والجهاز الحركي بالصدى

العلاج بالأدوية البيولوجية

عضو في الجمعية الفرنسية لأمراض الروماتيزم

Casablanca le 09 AOU 2019

Mr HAMDOUN

M'hamed

patient de 63 ans.

- DISCO arthropathie  
degenerative L3 L4 et L4 L5.
- Remaniement artrosique  
de type degeneratif.

22 séances de Kinésithérapie  
de renforcement des muscles  
para vertebraux

Docteur Karima MESSOUS  
Spécialiste  
Médecine Interne  
43, Avenue d'Alger, 1<sup>er</sup> étage, N°1 - Casablanca - Tél.: 0522 47 14 57 - 0522 47 14 49 - Fax : 0522 47 14 58  
fekakkarima@gmail.com - Gsm : 06 60 74 05 37



I	DATES	AVANCE	RESTE	RDV
1	16.09.19	120dH		
2	18.09.19	120dH		
3	20.09.19	120dH		
4	23.09.19	120dH		
5	25.09.19	120dH		
6	27.09.19	120dH		

Centre de Kinésithérapie  
 Aghbou  
 تجارة الوفاء رقم 61, 62 طه الحوام  
 الطيم بوشيد - 39 26 96 0522  
 Tél : 0522 96 26 39

I	DATES	AVANCE	RESTE	RDV
1	30.09.19	120dH		
2	02.10.19	120dH		
3	04.10.19	120dH		
4	07.10.19	120dH		
5	09.10.19	120dH		
6	11.10.19	120dH		

En cas d'empêchement veuillez avoir l'obligeance de prévenir



I	DATES	AVANCE	RESTE	RDV
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**Dr. Sara AGHBOU**

Kinésithérapeute Physiothérapeute



Centre de Kinésithérapie  
Aghbou  
جزيرة الرجاء 1 رقم 61 - 62 حد السوالم  
إقليم برشيد - 0522 96 26 39  
Tél :

**CARNET DE RENDEZ-VOUS**

Mr : HAMDOUN MHAMMED

جزيرة الرجاء 1 ( الوحدة ) رقم 61 - 62 حد السوالم - إقليم برشيد

Tél : 05 22 96 26 39 - Gsm : 07 66 35 17 09