



ORDONNANCE

69868

N° de dossier :

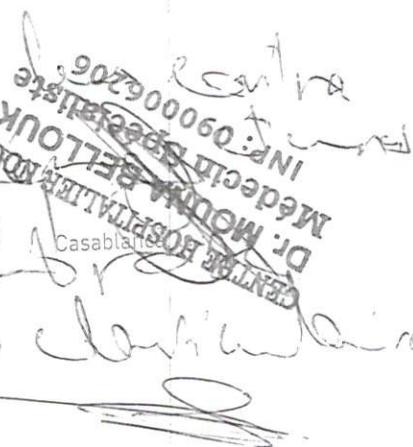
Nom :

Barry

Prénom :

Sabek



- Fin d: 10 séances  
03/07/2021  
sd de diffil. thoraco-  
trachéal.
- renforcement des  
abaissements des nageoires
  - de l'épaule
  - du cou et du centre de la tête
  - l'ostéopathie
  - la technique de la  
mobilisation et l'ostéopathie
- Dr. MOUATTA SELLOUK  
CENTRE HOSPITALIER NOOR  
Casablanca  
NP: 090006206  
Medecin Spécialiste
- 

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## adie 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

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 0041053

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7310

Société :

A CC Kiri

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BARRY SALAH

Date de naissance :

15/03/1958

Adresse :

HAJ FATAH , 1, Pat 29, El ouelha

Télé : 06 61 70 23 55

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE HOSPITALIER NOOR  
Dr. MOUNA BELLOUK  
Médecin Spécialiste  
INP: 090006206

Date de consultation :

12/04/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 05 MAI 2021

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-041053

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 7310
Nom de l'adhérent(e) : BARRY SALAH
Total des frais engagés : 900
Date de dépôt : 05 MAI 2021

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/04/2015	CEINCE	1	200,-	HOPITAL DE BESANCON Médecin Spécialiste P: 0900062016

## **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>Centre hospitalier et de réadaptation</i> <i>de l'Assomption</i>	<i>24/04/2014</i>	<i>Dix</i>	<i>Soances</i>	<i>et t</i>	<i>me R</i>	<i>3</i>
<i>CAISSE</i>		<i>devis 0-12</i>				<i>1500,-</i>

## VOLET ADHERENT

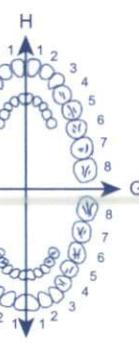
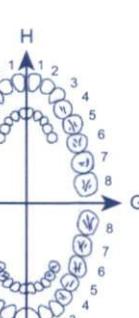
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **RELEVE 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

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<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

**CENTRE HOSPITALIER NOOR**  
 REEDUCATION ET DE READAPTATION  
 Sidi Ben Ameur, BP 40 - Bouskoura - Casablanca  
 Tél : 022 32 07 51/52/53 - Fax : 022 32 07 50  
 Web : www.centrenoor.ma

Destinataire	BARRY SALAH
N° Devis	D00363/21
Date	21/04/2021

PATIENT		
NOM / PRENOM	N° DOSSIER	MEDECIN TRAITANT
<b>BARRY SALAH</b>	<b>17416</b>	<b>SEKKAT SAMIR</b>

NATURE DE PRESTATION	Quantité	Cotation CLE * COEF	PRIX UNITAIRE	TAUX	MONTANT
<b>PRESTATION</b>					
ACTE DE MASSEUR KINE TYPE R3	10	R3	150,00	0	1 500,00
TOTAUX (Sauf imprévus)					<b>1 500,00</b>

ARRETE LE PRESENT DEVIS A LA SOMME DE :

**MILLE CINQ CENTS DIRHAMS**

- 1) L'admission se fait sur rendez-vous et selon disponibilité.
- 2) Nos prestations en ambulatoire sont payables au comptant et d'avance.

VISA :



 CENTRE HOSPITALIER NOOR  
 de Rééducation et de Réadaptation  
 Tél.: 022.32.07.51/52/53 - Fax: 022.32.07.50



ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd

Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد

مستشفى ابن رشد، الدار البيضاء

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Hôpital sans Tabac

Fumer Tue

Casablanca, le:

08/04/21

Dr. Driss BENNETT

Professeur en Traumatologie et Chirurgie de la Main, Membre Fondateur,

et Nerf Peripheriques Ancien Président de la Société Marocaine

de Chirurgie de la Main, Expert Asseoir au Tribunal des

Docteur: Dr. Driss BENNETT

**ORDONNANCE**BARRY SALAH

ED de la traverse ; cervico-thoraco-brachial sur mega-apophyse transverse de l7 bilatéral à predominance dcl chez un patient de 62 ans nécessitant une rééducation du rachis cervical :

→ Renforcement des muscles postero-sup. du thorax : Trapèze angulaire de Pionoplaté et Rhomboides, muscle SCM et scalènes.

→ physio-therapie : exercice : ondes choc si indications éth

1, Quartier des Hôpitaux, Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30 - Fax : 05 22 29 94 83



électrostimulation + cryothérapie.

- Mouvements -contrariés du  
-cou.
- Éducation Respiratoire:  
Inhalation et Exhalation  
profonde.

Durée - 35 secondes

~~Dr. MESS BENNOUNA~~  
~~Professeur en Traumatologie~~  
~~Chirurgie de la Main, Membre Supérieur~~  
~~et Nerf Périphériques~~  
~~Membre résident de la Société Marocaine~~  
~~de Chirurgie de la Main, Expert Assermenté~~  
~~des Tribunaux Marocains~~