



Centre Hospitalier Noor  
المركز الاستشفائي نور للترويض CASABLANCA

106, Ouled Benameur, BP 40 - Bouskoura, Maroc  
T. +212 (0) 5 22 32 07 51/52  
F. +212 (0) 5 22 32 07 50  
www.centrenoor.org

ORDONNANCE

69868

Nom :

Barry

Prénom :

Salah

N° de dossier :

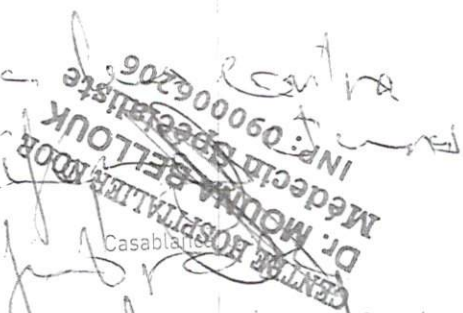


Finir 10 séances

03/07 pour  
sd de diffil thoraco-  
brachial

- ne pas faire de  
abattements des moignon  
de l'épaulle

- l'attelle centrale  
- les masses spécifiques  
- l'attelle centrale  
du fascia et claviculaire



# 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.

## 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.

## Educateur :

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 :

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

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

N° P19- 0041053

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7310 Société : ACC Kine

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BARRY SALAH

Date de naissance : 15/10/1955

Adresse : HAJ FATAH, Bd 23 EL BELLA

Tél : 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 : 22/04/2021

Nom et prénom du malade :

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

Nature de la maladie : Sclérose en plaques

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-041053

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

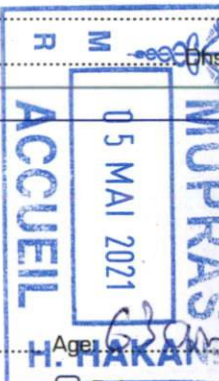
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :





# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet attestant le paiement des Actes
21/04/21	Q3		200,-	

# 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	
	21/04/21	Aux soances de tme R3				
	21/04/21	devis G-12 A				
						1500,-

# VOLET ADHERENT

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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

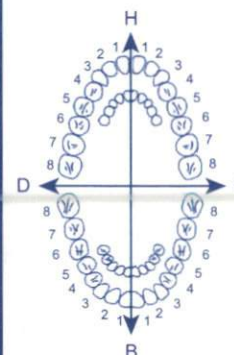
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

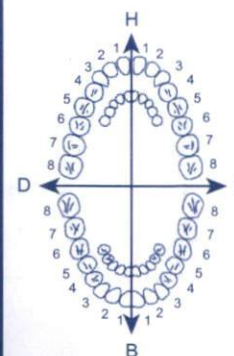
MONTANTS DES SOINS

## (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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  
 10000 Benameur, BP 40 - Bouskoura - Casablanca  
 Tél : 022 32 07 51/52/53 - Fax : 022 32 07 50  
 Web : www.centrenoor.ma

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

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
<b>TOTAUX (Sauf imprévus)</b>					<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 :

**MUPRAS**  
 05 MAI 2021  
**ACCUEIL**  
**H. HAKANI**  
**CENTRE HOSPITALIER NOOR**  
 de Rééducation et de Réadaptation  
 B.P. 40 - Bouskoura  
 Tél.: 0522.32.07.51/52.53 - Fax: 0522.32.07.50





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 BENNANI  
Professeur en Traumatologie  
et Chirurgie de la Main, Membres Supérieurs,  
et Nerf Peripheriques  
Ancien Président de la Société Marocaine  
de Chirurgie de la Main, Expert Assemblé  
au Tribunal de Casablanca

## ORDONNANCE

Docteur :

BARRY SALAH

Ed de la traversée; cervico-  
thoraco-brachial sur mega-  
apophyse transverse de C7  
bilateral à prédominance dlc  
- chez un patient de 62 ans  
nécessitant une reeducation du  
rachis cervical :

- Renforcement des muscles  
postero-sup. du thorax : Trapèze  
angulaire de l'omoplate et Rhomboïdes  
Les muscles SCM et scalènes.
- physiothérapie : xmback,  
ondes choc si indications et

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



Electrostimulation + cryothérapie.

→ Mouvements contrariés du  
- cou.

→ Education Respiratoire:  
- Inspiration et Expiration  
profonde.

Durée - 35 min

Dr. Priss BENNOUNA  
Professeur en Traumatologie-orthopédie  
et Chirurgie de la Main, Membre Supérieur  
et Chef de Service  
Président de la Société Marocaine  
de Chirurgie de la Main, Expert Assermenté  
des Tribunaux Marocains