

## 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.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

N° W19-492032

**32781**

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **5248**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**NOUAFÉAK KHADIJA**

Date de naissance :

**28/10/1953**

Adresse :

**Rue Larache n°61 Apt. n°18 CASA**

Tél. : **0614542183**

Total des frais engagés : **2400,00**

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :



Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

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 : **CASA**

Le : **06/07/2020**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
02/03/20	Ca		250 DH	INF : 091184309 

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
282... Tel: 05 22 11 22 11	03/03/2020	234784	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
GRARI Samia Kinésithérapeute 14, Rue El Moudawid Val Fleur 1000 Casablanca Tél: 05 22 25 50 24	06/07/2018	Momg m			100130

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
Le praticien est prie de preciser la dent traitee l'acte pratique en indiquant la nature des soins																		
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de protheses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF																		
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, necessaire a la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
		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																		

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 03/03/2020

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 5248 e-mail : abakily@yahoo.fr Phones : 0694542128  
 Nom et Prénom de l'adhérent : ROUAFFAK KHADIJA 0674257277  
 Nom et Prénom du bénéficiaire :

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Mme GRARI - Samia

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ROUAFFAK - Khadija

Nécessite 15 Seances

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) 150000

*GRARI Samia  
Kinésithérapeute  
14, Rue El Moubaraki Val Fleurii  
Casablanca  
Tél: 05 22 25 50 24*

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

.....  
 .....  
 .....

Cachet, date et signature du praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

.....  
 .....  
 .....

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

**Dr. Yahia KETTANI**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE  
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

**Dr. Rokia BENBOUBKER**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

## Facture

N° :1201/2020  
Casablanca, le 03/03/2020

Nom patient : **MOUAFFAK KHADIJA**

Examen(s) réalisé(s) :

**RADIOGRAPHIE HUMERUS F/P**

Montant : **deux cents (200 DH)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX CENTS DH**

REGLEMENT : TPE

  
Radiologie Ghandi 282  
282, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 05 22 77 45 45

**Dr. Yahia KETTANI**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE  
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

**Dr. Rokia BENBOUBKER**

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 03/03/2020

Patient : MOUAFFAK KHADIJA

**RADIOGRAPHIE DE L'HUMERUS DROIT**

**FACE / PROFIL**

- Fracture médiо-diaphysaire déplacée de l'humérus en voie de consolidation avec cal osseux exubérant.
- Sphéricité normale de la tête humérale.
- Absence de lésion osseuse focale suspecte.

DR. ROKIA BENBOUBKER  
Cordialement  
INPE - Casablanca - Maroc

**GRARI SAMIA**  
Kinésithérapeute  
REEDUCATION FONCTIONNELLE  
MOTRICE ET RESPIRATOIRE



14, Rue El Moubarid Rés. Claude Noël  
Val Fleuri  
Tél. : 0522-25-50-24 Casablanca

غراري سامية  
اختصاصية في الطب الجسماني  
معالجة كهربائية  
دلاك طبي  
14 زنقة المبرد  
اقامة كلود نوبل - فال فلوري  
الهاتف : 0522 25 50 24

Sur Rendez-vous      Soins à Domicile      بالموعد

Casablanca, le 06/07/22 ..... الدار البيضاء في

### NOTE D'HONORAIRES

Nom :

M<sup>r</sup> Nova FRAN - Khadyja

15 Séances de rééducation, massage et électrothérapie.

Séances x 130,00 = 1950,00 DH

Facture arrêtée à la somme de

1950,00 DH

**GRARI SAMIA**  
Kinésithérapeute  
14, Rue El Moubarid Val Fleuri  
Tél. : 05 22 25 50 24 - Casablanca

**Dr. ABOU EL FADEL Omar**

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique

Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main  
Echographie  
Maladies du Dos et Médecine du Sport



**د. ابو الفاضل عمر**

اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
زراعة المفاصل  
جراحة اليد  
الفحص بالصدى  
آلام الظهر و الطب الرياضي

Casablanca, le

02/03/2024  
الدار البيضاء، في

Monoufia

Vladimir

Humerus

OK

R + P



217 Bd Ibrahim Roudani Appt 5 et 2<sup>ème</sup> Étage ( Résidence El Fath ) - Maârif Extension - Casablanca

شارع ابراهيم الروذاني شقة 5 الطابق الثاني (اقامة الفتاح) - المعاريف - الدار البيضاء

الهاتف : 07 62 75 44 49 - المستعجلات : Tél : 05 22 25 40 79 - البريد الإلكتروني : Urgences : E-mail : casaortho@gmail.com

Spécialiste en Chirurgie Traumatologique  
et Orthopédique  
Chirurgie Prothétique, Chirurgie de la Main  
Echographie  
Maladies du Dos et Médecine du Sport



اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل  
زراعة المفاصل  
جراحة اليد  
الشخص بالصدى  
آلام الظهر و الطب الرياضي

Casablanca, le

04/03/20 الدار البيضاء في

Lettre de  
reddition  
je vous adresse la  
plainte de mon fils  
Khalidji à l'unité orthopédique  
pour fracture humérale  
OT avec fracture de l'épiphysé  
Date : Février 15  
B. Notes redaction docteur

N°	Date	Heure	Observations	Visa
12	28/6/08			
13	1/7/08			
14	03/7/08			
15	6/7/08			
16				
17				

# Kiné - Santé - GRARI



→ Rééducation et réadaptation fonctionnelle

→ Kinésithérapie Corrective :

- Pédiatrie et Orthopédie (Scoliose et déformation thoracique)
- Uro-gynécologie obstétriques
- Traumatologie
- Rhumatologie
- Kénithérapie respiratoire et thoracique
- Kénithérapie Neurologique

→ Kénithérapie Cardio-Vasculaire

→ Gériatrie

→ Physiothérapie

→ Gymnastique médicale et entretien du corps

→ Massage médical

→ Massage relaxant

→ Massage anti-cellulitique

14, Rue El Moubarid Rés. Claude Noël Val Fleuri  
Tél.: 05 22 25 50 24 - Casablanca

Carnet de RDV M/Mme: Kheudj (130)

N°	Date	Heure	Observations	Visa
1	04/03/20	09:00	GRANT Santa Ainestherapeute 14, RUE EL Moudawine Val Fleuri Tel: 05 20 25 50 24 - Casablanca	—
2	06/03/20	—		
3	09/03/20	—		
4	01/12/20	—		
5	02/12/20	—		

N°	Date	Heure	Observations	Visa
6	01/06/20	—		
7	01/06/20	09:00	Samia	—
8	02/06/20	—		
9	02/06/20	14:00	14, RUE EL Moudawine Val Fleuri Tel: 05 20 25 50 24 - Casablanca	—
10	04/06/20	—		
11	05/06/20	—		