

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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.

## Prothèse :

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° P19-0032635

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1735

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Amrani Bouchaib

Date de naissance : 02/06/1951

Adresse :

Tél. : 0666198624

Total des frais engagés : 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 :

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) :



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |


# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 10/03/20 | 2095.50               |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

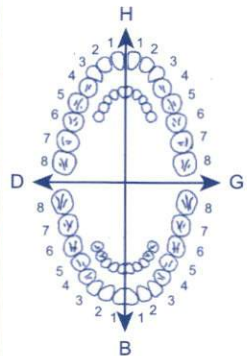
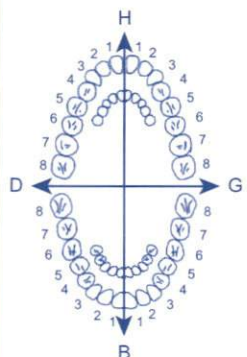
| Cachet et signature du Praticien  | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|   |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|  | 11.10.5.120    | AMM    |    |    |    | 45 séances                      |
|   | 14.10.5.120    |        |    |    |    | 200x MAD                        |
|   | 18.10.5.120    |        |    |    |    | =                               |
|   | 20.10.5.120    |        |    |    |    | 800 MAD                         |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |
|   |                |        |    |    |    |                                 |

# 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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |   |  |
|--|--|------------------|-------------|---|--|
|   |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE<br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>             H<br/>             25533412 21433552<br/>             00000000 00000000<br/>             D<br/>             00000000 00000000<br/>             35533411 11433553<br/>             B           </div> <div>             G<br/>             00000000 00000000<br/>             11433553           </div> </div> [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |
|  |  |                  |             |   |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR ALI EL KOHEN TRAUMATO  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
378 BLVD ZERKTOUN / CASA

Casablanca, le 09/05/2020

Dr = Touma ABDELAOU

Faire pratiquer par un kinésithérapeute :

20 séances de rééducation de  
la hanche droite (PTH) :

- + mobilisation passive puis active  
en flexion - extension de la hanche
- renforcement du quadriceps
- Rotation interne + flexion hanche  
interdite
- Appui antérieur avec béquilles

DR ALI EL KOHEN TRAUMATO  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE  
378 BLVD ZERKTOUN / CASA



# CLINIQUE JERRADA OASIS

03020C10190223

Mme ABDALLAOUI TOURI

Né le : 01/04/1965



378 BLVD ZERKTOUN /

CHIRURGIEN ORTHOPÉDIE

DR ALI EL KOHEN

مستشفى جريدة الواحش

16/03/2022 Casablanca, le

The Abdou Touri

1 cour

1096,50

1/03/2022 500 mg

SV

1/03/2022 347,00 DH

SV

1/03/2022 347,00 DH

1/03/2022 347,00 DH

SV

1/03/2022 347,00 DH

SV

CHIRURGIEN ORTHOPÉDIE

378 BLVD ZERKTOUN /

DR ALI EL KOHEN

LOT 192585 2  
EXP 10 2021  
PPV 347,00 DH  
LOT 200267  
EXP 01 2022  
PPV 347,00 DH  
LOT 200126 1  
EXP 01 2022  
PPV 347,00 DH  
LOT 200126 1  
EXP 01 2022  
PPV 347,00 DH

LOT: M0048  
EXP: SEP 2023  
PPV: 196,50 DH

13,80

13,80

LOT 190679  
EXP 01/2022  
PPV 52,80 DH

AKDIAL HOLDING  
Acteur de Santé

Clinique Jerrada Oasis, Boulevard Abderrahmane Bouabid (Ex-Jerrada), Oasis, Casablanca  
Tél : 05 22 23 81 81 - 05 22 23 84 52/53/54 - Fax : +212 5 22 23 81 82  
Web : www.cliniquejerrada.ma - Mail : direction@cliniquejerrada.ma

# KinéMobile



## FACTURE N° 19-520

- Kinésithérapeute traitant : AMAL RAHOUM
- Patient : Mme TOURIA ABDELLAOUI
- Médecin prescripteur : Dr ALI EL KOHEN
- Diagnostic : PROTHÈSE TOTALE HANCHE (PTH) DROITE
- Traitement : Rééducation et Kinésithérapie à Domicile  
DATES : 11 - 14 - 18 - 20 MAI 2020
- Nombre de séances : 4 - Tarif séance (1) : MAD 200 ₮
- Honoraires : = 800 MAD

Fait à Casablanca, le 20/05/2020

**KINEMOBILE**  
Lot. Chrifa Rue 2 N° 98  
Ain Chock - Casablanca  
Gsm : 06.75.43.10.33

  
**KINEMOBILE**  
Lot. Chrifa Rue 2 N° 98  
Ain Chock - Casablanca  
Gsm : 06.75.43.10.33