

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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 de  
à caractère personnel.



## Declaration de Maladie

N° W19-544011

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5552

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : SOUHAIL ABDELMAJID

Date de naissance : 01-01-1963

Adresse : Habituelle

Tél : 0662 18 30 90

Total des frais engagés : 518,90 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hamid ARROUB  
Spécialiste M.P.R.  
Appareil Locomoteur et Neuromusculaire  
112 Bd. El Fioh Casablanca  
33 522 26 07 35/0522 28 44 32

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SOUHAIL ABDELMAJID

Age : 57

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'at  
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.


Fait à : CREA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/06/2020



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	26/06/2011	218,90

[illegible]

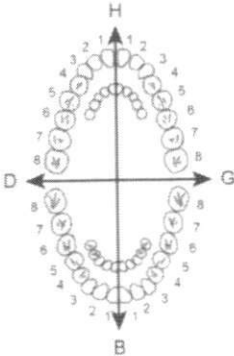
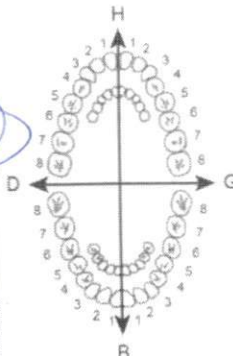
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
27/06/20						<p>100100</p> <p><b>Salome</b></p> <p>40, Rue des Hôpitaux</p> <p>Quartier des Hôpitaux</p> <p>Tél: 0522 22 88 22 / 0522 22 7052</p> <p>0522 22 712</p>

# 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 d

SOINS DENTAIRES	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"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			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'EX

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

[illegible]

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

**[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'EXE



# Dr. Hamid ARROUB

Spécialiste en Médecine Physique  
et rééducation Fonctionnelle  
Des maladies Osteo-Articulaire et Neurologique  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Traumatologie du Sport - Appareillage  
Podologie - Urodynamique  
Ancien Assistant des Hôpitaux de France



## الدكتور حميد عروب

اختصاصي في أمراض العظام  
والمفاصل وأمراض الجهاز العصبي  
أمراض الظهر والعمود الفقري  
طب الرياضة  
طبيب سابقا بالمستشفيات الفرنسية

Casablanca  
**PHARMACIE EL HILAL**  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Laïtaj  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 001513239

26/6/20

M. Souheil  
Hôtelma

20.9092  
Dr. Hamid ARROUB  
Spécialiste M.P.R.  
Appareil locomoteur et Neuromusculaire  
412, Bd. El Fida - Casablanca  
Tél: 0522 28 07 35 / 0522 28 44 32

ZENITH Pharma  
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMMN°171/16DMP/21NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

65.00  
3 F. 14/10  
Agens

30.00

31 Alg

82.10

218.90

**PHARMACIE EL HILAL**  
LAABOUDI Selwa  
77, Rue Al Bachir Laïtaj  
Cité Plateaux - Casablanca  
Tél: 0522 25 96 06 - ICE: 001513239

LOT : 2230  
UT.AV : 04 - 22  
P.P.V : 30 DH 00

LOT : 19007  
PER : 12/21  
PPV : 82DH10



# Dr. Hamid ARROUB

Spécialiste en Médecine Physique  
et rééducation Fonctionnelle  
Des maladies Osteo-Articulaire et Neurologique  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Traumatologie du Sport - Appareillage  
Podologie - Urodynamique  
Ancien Assistant des Hôpitaux de France



## الدكتور حميد عروب

اختصاصي في أمراض العظام  
والمفاصل وأمراض الجهاز العصبي  
أمراض الظهر والعمود الفقري  
طب الرياضة  
طبيب سابقاً بالمستشفيات الفرنسية

Casablanca, le 26/6/20

7<sup>9</sup>  
2 Sou HAIL.  
Abdelmajid

Compte rendu Rx

+ Facture

M. Soukhalfe M  
Rx de l'épaulle M  
petit point de  
l'Apophyse coracoïde M  
+ image suspecte sous  
la cavité glénoïdiale M



inabli a l'air  
de l'apareil m

de l'apareil m

Dr. Hamid ARROUB  
Spécialiste M.P.R.  
Appareil Locomoteur et Neuromusculaire  
412 Bd. El Fida - Casablanca  
Tél: 0522.28.07.35 / 0522.28.44.32

Homme 300kg

Dr. Hamid ARROUB  
Spécialiste M.P.R.  
Appareil Locomoteur et Neuromusculaire  
412 Bd. El Fida - Casablanca  
Tél: 0522.28.07.35 / 0522.28.44.32



## Dr. Hamid ARROUB

Spécialiste en Médecine Physique  
et rééducation Fonctionnelle  
Des maladies Osteo-Articulaire et Neurologique  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Lille

Traumatologie du Sport - Appareillage  
Podologie - Urodynamique  
Ancien Assistant des Hôpitaux de France



## الدكتور حميد عروب

اختصاصي في أمراض العظام  
والمفاصل وأمراض الجهاز العصبي  
أمراض الظهر والعمود الفقري  
طب الرياضة  
طبيب سابقا بالمستشفيات الفرنسية

Casablanca, le

26/6/20

As fouh  
Abdelmegie

Attestation  
du R.S.M.

**Solomed**  
40, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux  
Tel: 0522 22 88 22 / 0522 27 12 13  
Fax: 0522 27 12 15

**Dr. Hamid ARROUB**  
Spécialiste M.P.R.  
Appareil Locomoteur et Neuromusculaire  
412 Bd. El Fida - Casablanca  
Tél: 0522 28 07 35 / 0522 28 44 32



MR SOUHAIL ABDELMAJID

CASA Le : 27/06/2020

Facture N° : FT11890/20

Mode Régl. : ESP

TVA	Désignation	Qté.	Prix TTC	U.G	Remise	Mont. TTC
20	27/06/2020 BL11890/2 ECHARPE TYNOR L	1	100.00			100.00

**Solomed**  
40, Rue des Hôpitaux  
Quartier des Hôpitaux  
Tél: 0522 22 88 22 / 0522 27 12 13  
Fax: 0522 27 12 15

HT 20 % : 83.33  
TVA 20 % : 16.67

TOTAL HT : 83.33  
T.V.A : 16.67

TOTAL TTC: 100.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS ET ZERO CENTIMES ./.