

CLASSEMENT Du 14.02.2024

Centre LAGHZAOUI

KINÉSITHÉRAPIE AMINCISSEMENT RELAXATION

172997

Casablanca, le 26.9.23

FACTURE

Concernant : M^{me} Hajil Nadia

Mme AMINA LAGHZAOUI vous présente ses compliments et vous prie de

Trouver ci-dessous sa facture pour le traitement de rééducation qui vous a été prescrit :

Rubrique	code	Nbr U.	P.U	Total
Séance rééducation	AMM 9+5/2	10	x 150	= 1500 DH

TOTAL DEVIS :

1500 DH
CENTRE LAGHZAOUI
Kiné et Bien-Etre
72, Place de la Division Leclerc
Oasis - Casablanca
T : 05 22 98 32 85

Arrêté le présent facture à la somme de

Date des séances:

1.9.23 8.9.23 15.9.23 26.9.23
4.9.23 11.9.23 19.9.23
6.9.23 13.9.23 22.9.23

CENTRE LAGHZAOUI
Kiné et Bien-Etre
72, Pl. de la Division Leclerc
Oasis - Casablanca
T : 05 22 98 32 85

30/8/2023



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Code Procédure : PR4FR01

Version : 2.0

Date : 24/05/2022

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8219 E-mail : HKHBAZ@royalairmaroc.com Phones : 0661469595
 Nom et Prénom de l'adhérent : KHBAZ HICHAM
 Nom et Prénom du bénéficiaire : HAJIL NADIA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. HAJIL Nadia

Nécessite 100%

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

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):

le - bap

Cachet, date et signature du praticien

Dr. DEBBAJ
7, Rue Mohammed Fakir
Tél: 05 22 45 11 11

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. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
Diplômé de l'Université de Grenoble
Ancien Chirurgien des Hôpitaux de France
Ancien Chirurgien des Hôpitaux Militaires du Maroc
Traumatologie du Sport
Podologie - Arthroscopie

الدكتور دريد بنزاكور كنيديل

إختصاصي في جراحة العظام و المفاصل
خريج جامعة الطب بكرونويل
جراح سابقا بمستشفيات فرنسا
جراح سابقا بالمستشفيات العسكرية بالمغرب
الآفات الرياضية - أمراض الرجل
الكشف بالمنظار الداخلي للمفاصل

Casablanca, Le 06.06.23

M^{ae} HASIL Nadva

10 séances de kinésithérapie
de rééducation (en bain
(en bain)

Thyrotrothérapie

Prescription pour la suite de la séance

CENTRE LAGHZAOUI
Kiné et Bien-Être
06 61 20 09 41 - 05 22 45 05 05
T. 05 22 45 05 05

Dr. DORAID BENZAKOUR-KNIDEL
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue
7, Rue Mohamed DIOURI - Casablanca
Tél: 05 22 45 05 05 / 06 61 20 09 41

7. زنقة محمد الديوري - الطابق الأول - الدار البيضاء

7, Rue Mohamed DIOURI - 1 er Etage - Casablanca

المستعجلات : 06 61 20 09 41 - Urgence : الهاتف : 05 22 45 05 05

ICE : 001809928000059

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

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	
<p>CENTRE LAGHZAOUI Kiné et Bien-Être 2, Place de la Division Casablanca Casablanca T. : 05 22 98 52 85</p>	06/05/83	AM	PC	IM	15000
<p>CENTRE LAGHZAOUI Kiné et Bien-Être 72, Place de la Division Casablanca Casablanca Litg. T. : 05 22 98 52 85</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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

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

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

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

M23-0019032

172997

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8219 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : KHABAZ MICHAEL
 Date de naissance : 07-06-1988
 Adresse : 61 LOT 20 CGT La Ville Verte
 Bords Kouba
 Tél. : 0661465194 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 :
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : 26/09/2025
 Signature de l'adhérent(e) :