

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3573 Société : AT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : SEBBATA Abdellahine

Date de naissance : 21.01.1952

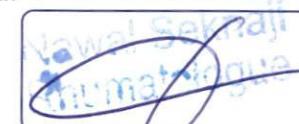
Adresse : 25 Rue Allal Youssef El Meddeghli

La Villette - Casablanca

Tél. : 06 89 98 40 73 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



MUPRAS
01 SEP. 2020

ACCUEIL

Date de consultation : 24.8.2020

Nom et prénom du malade : El ouardighi Saouia Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Lombosciatalgie

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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/8/2020 | 5 | 5 | 5 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | |
| Laila EDDAHI Kinéthérapeute - physiothérapeute BD. Ibn tachfine Béz. Venis 2ème Mag Appart 11mm 1 Casablanca Tel 05 22 62 47 66 | 15 Aout 2013 | | | | | 18500 18500 x 11 % |

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|------------------------------|---|---|--|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8 8 7 7 6 6 5 5 4 4 3 3 2 2 1 1 2 B | D 00000000 35533411 G 00000000 11433553 B | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 G 00000000 11433553 B | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



24/08/2020

EL OUARDIGHI SOUMIA

Arthrose lombaire/ lombosciatalgie

- Physiothérapie antalgique : infrarouges, massages décontracturants, neurostimulation transcutanée
- amincissement abdominal
- assouplissement des ischiojambiers

Puis

- Renforcement des muscles para vertébraux lombaires en isométrie, travail en délordose
- Renforcement de la sangle abdominale
- Apprentissage à l'auto verrouillage lombaire
- Initiation à l'autorééducation.
- Nombre de séances : 15 séances

*Nawal Seknaji
Rhumatologue*

مركز الترويض الطبي وتخسيس الوزن
CENTRE DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSLEMENT

Laïla EDDAHI

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Diplômée de ESK ET de

Guigek (MONTRÉAL-CANADA)



ليلي الدهي
مروضة طبية

خريجة المدرسة العليا للترويض الطبي
ومعهد كيبيك للصعوة الكاملة
(مونتريال - كندا)

Casablanca, le 10/11/2002 الدار البيضاء، في

FACTURE N° 00108

Je soussignée, Laïla EDDAHI Kinésithérapeute ;

Nom et Prénom : Mme EL GUARDIARI Samia

La Somme de : 1800,00 Dhs (18 x 15 séances)

Pour 15 Séances de Rehabilitation

Signature

Laila EDDAHI
Kinésithérapeute - physiothérapeute
BD.Ibn Tachfine, Rés.Venis 2ème étage
Appt 10/Imm 1 Casablanca
Tél 05 22 52 47 65

شارع ابن تاشفين (زاوية زنقة زينب إسحاق)، إقامة ثنيس الطابق 2 - عمارة 1 شقة رقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 62 47 65
Bd Ibn Tachfine, Résidence Venis, 2^{ème} Etage, Appt 10, Imm. 1 - Casablanca - Tél. : 0522 62 47 65
R.C. N° : 383600 - Patente N° : 31400232 - I.F. N° : 40148912 - ICE : 001804383000006

مركز الترويض الطبي وتخسيس الوزن
CENTRE DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT

Laïla EDDAHI

KINÉSITHÉRAPEUTE

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Diplômée de ESK ET DE

Guijke (MONTREAL-CANADA)



Casablanca, le 27/08/2020 الدار البيضاء، في

DEVIS N° 0000245

Je soussignée, Laïla EDDAHI Kinésithérapeute ;

Nom et Prénom : H. EL OUDAR Soumia

La Somme de : 1800 (120x15)

Pour 15 Séances de 100dh

(Mille et huit cent Dirhams)

Signature

Laila EDDAHI
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
BD.Ibn Tachfine, Résidence Venis 2ème étage
Appt 10 Imm. 1 Casablanca
Tél 05 22 62 47 65

شارع ابن تاشفين (زاوية زنقة زينب إسحاق)، إقامة فنيس الطابق 2 - شقة رقم 10 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 62 47 65
Bd Ibn Tachfine, Résidence Venis, 2ème Etage, Appt 10, Imm.1 - Casablanca - Tél. : 0522 62 47 65
R.C. N° : 383600 - Patente N° : 31400232 - I.F. N° : 40148912