

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.

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.

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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 066219

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3573 Société : AT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SEBBATA Abdelhakim

Date de naissance : 21.01.1952

Adresse : 25 Rue Abou Youssef BP Mejdouf

La/elle - Casablanca

Tél. : 06 89 984073 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24 / 8 / 2020

Nom et prénom du malade : EL Ouardighi Samia 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) :



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/8/22 | G | G | G | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

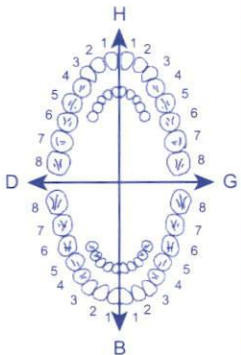
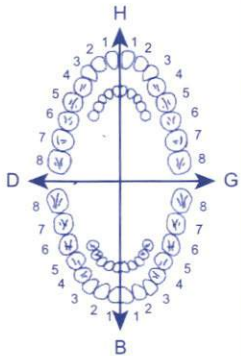
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| Leila EDDAHI Kinésithérapeute - physiothérapeute BD, don tachimé, Bdr Venis 2ème étage Appartement 1 Casablanca Tél 05 22 62 47 65 | 24/8/22 | 15 | AM | | | 189,0 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | | | | CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SEKNAJI NAWAL

Rhumatologue

**Maladies des os, des articulations
et de la colonne vertébrale.**

Médecine manuelle-ostéopathie

Echographie ostéoarticulaire.



د. سكتاجي نوال

إختصاصيه في الروماتيزم.

أمراض العظام, المفاصل,

والعمود الفقري.

الطب اليدوي- الحركي

فحص المفاصل والجهاز الحركي بالصدى.

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*

35, rue Zineb Ishak, Bd Ibn Tachfine

Lavillette -Casablanca

Tél: 05 22 62 62 86

e-mail: seknajinawal@gmail.com

35 زنقة زينب إسحاق, شارع ابن تاشفين

لأفيليت-الدار البيضاء

الهاتف: 05022 62 62 86

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

Laïla EDDAHI

KINÉSITHÉRAPEUTE

PHYSIOTHÉRAPEUTE

Diplômée de ESK ET DE

Guijek (MONTRÉAL-CANADA)



ليلى الداهي
مروضة طبية

فريجة المدرسة العليا للترويض الطبي

ومعهد كيبك للصحة الكاملة

(مونتريال - كندا)

Casablanca, le 10/11/2020 في الدار البيضاء،

FACTURE N° 00108

Je soussignée, Laïla EDDAHI Kinésithérapeute ;

Nom et Prénom : Mr EL GUARDI BEN SAMIA

La Somme de : 1800,000 (12 x 150,000)

Pour : 15 Séances de Rééducation

Signature

Laïla EDDAHI
Kinésithérapeute - physiothérapeute
BD Ibn Tachfine, Rés. Venis 2ème étage
Appt 10 Imm 1 Casablanca
Tél 05 22 62 47 65

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

Laïla EDDAHI

KINÉSITHÉRAPEUTE
PHYSIOTHÉRAPEUTE

Diplômée de ESK et de
Guijek (MONTRÉAL-CANADA)



ليلى الداھي
مروضة طبية

فريجة الدرسه العليا للترويض الطبي
ومعهد كيبك للصحة الكافية
(مونتريال - كندا)

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

DEVIS N° 0000245

Je soussignée, Laïla EDDAHI Kinésithérapeute ;

Nom et Prénom : Hm EL OJAR Digni SOUTIA

La Somme de : 18000 (120x150)

Pour 15 Séances de 10 min

(Mille Huit Cent Cinquante)

Signature

Laïla EDDAHI
Kinésithérapeute - physiothérapeute
BD Ibn Tachfine Résidence 2ème étage
Appt 10 Imm 1 - Casablanca
Tél 05 22 62 47 65