

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.

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.

Que :

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

Education :

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 canalaire, 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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 044587

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUDANE Mohamed

Date de naissance : 27-2-55

Adresse : Rte. AZOUH 8 Rue GOULINA

BOUSSAFA CASABLANCA

Tél. : 0661 434528 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHOUAIBI NALI KA. Age : 1957

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 : Casablanca 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
11/09/20	Contrôle général		00,00 D.H.s	

Dr. CHAÏBA
173, Bd. Yaacoub EL-AGHA
Espace Antiochoussy - 16 - AGEN 6
Tél: 05 22 95 14 38

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	
	Facture 13-11-20	2. ANN				2000,00 dhd

CENTRE D'ORTHODONTIE
YOUSSEF DOUKAKAR
250 Angla Et de l'Ordre
3d My Youssef N 2 Cas
Csm Or 01 18 18 18 18

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'...

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

N° Dossier: 43906 
N° Dossier externe: ACC-02857-15/10/2020
Type de dossier: REEDUCATION ✓
Bénéficiaire: CHOUAIBI MALIKA
Situation: En attente ✓
Sous-situation: --- ✓
Date de début: 15-10-2020 
Date de fin: 16-10-2020 
Date de saisie: 15-10-2020
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
15-10-2020	Manuel	OK PEC 15 SÉANCES KINÉ

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 30/09/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2857 e-mail : joudanemed@gmail.com Phones : 06161434528
Nom et Prénom de l'adhérent : JOUDANE MOHAMED
Nom et Prénom du bénéficiaire : CHOUAIBI MALIKA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : Dr CHAHIDI NAIMA

Estime que l'état de santé de Mme CHOUAIBI MALIKA

Nécessite Des séances de Kinésithérapie 20 séances 2 séances / au

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Dr. CHAHIDI Naïma
Rhumatologue
173, Bd. Vaïcoub El Mansour
Espace Andaloussie, 1er Etage N°6
Tél: 05 22 95 14 38

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) :

Cachet, date et signature du praticien

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. Chahidi Naima



RHUMATOLOGUE

Spécialiste des maladies des os, articulation
et colonne vertébrale

Ancienne interne des Hopitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose

الدكتورة نعيمة شهيدي

أخصائية في أمراض العظام

و المفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

Le 14/09/2024

Ame CHOUAIBI Naima

① Discopathie cervicale étagée.

② Scoliose lombaire = convexité Droite
de 10° / Discopathie Dorsale et lombaire
étagée.

③ Gonarthrose fémoro-tibiale interne
bilatérale + fémoro-patellaire avec destruction
médiale de 2 patelles.

⇒ Physiothérapie Antalgique

⇒ Assouplissent abaisseur jumeaux +
peronneux

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalouse, 1^{er} étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél. : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15

E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com

TSVP
—

⇒ Renforcent de ces derniers en
existait sur le para lombaire Droite

⇒ Renforcent les psoasiques en
existait sur le Vaste externe + psoas
Abdominale

2 séances / w
20 fois

CENTRE KINESITHERAPIE
YOUSSEF DOULEFAKAR SARL AU
250 Andrie Blvd de Bordeaux et
Bd Miy Youssef N°3 Casablanca
Gsm 06 61 18 15 47

Dr. CHAHIDI Naïma
Rhumatologue
173, Bd. Yacoub El Mansour
Espace Andalousse, 1er Etage N°6
Tél: 05 22 95 14 38

Nom et prénom : Mme. CHOUAIBI Malika
Diagnostic : Discopathie cervicale/ scoliose lombaire/
gonarthrose bilatérale
Médecin traitant : Dr. CHAHIDI Naima
Nombre de séances : 10
Date début du traitement : 22/09/2020
Date de fin de traitement : 27/10/2020

Détail des séances :

Le 22/09/2020	:	1 ^{ère} séance
Le 24/09/2020	:	2 ^{ème} séance
Le 29/09/2020	:	3 ^{ème} séance
Le 01/10/2020	:	4 ^{ème} séance
Le 06/10/2020	:	5 ^{ème} séance
Le 08/10/2020	:	6 ^{ème} séance
Le 13/10/2020	:	7 ^{ème} séance
Le 15/10/2020	:	8 ^{ème} séance
Le 20/10/2020	:	9 ^{ème} séance
Le 27/10/2020	:	10 ^{ème} séance

Casablanca le 13/11/2020



Mr Youssef DOULFAKAR

Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N° 3 - Casablanca

Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 001548200000071 : RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

DEVIS

- Prénom et nom : Mme. CHOUAIBI Malika
- Diagnostic : Discopathie cervicale/ scoliose lombaire/ gonarthrose bilatérale
- Médecin traitant : Dr. CHAHIDI Naima
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 20
- Montant total des honoraires : 4000, 00 DH
- Arrêter le présent devis à la somme de : Quatre mille dirhams

Casablanca, le 15/09/2020



Mr Youssef DOULFAKAR

Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état

250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N° 3 - Casablanca

Tél : 0522 880 440 - Email : ckydoulfakar@gmail.com

ICE : 001548200000071 : RC : 345535 - TP : 35423089

CNSS : 4806157 - Identifiant Fiscal : 18751795

FACTURE N°149/2020

- Prénom et nom : Mme. CHOUAIBI Malika
- Diagnostic : Discopathie cervicale/ scoliose lombaire/ gonarthrose bilatérale
- Médecin traitant : Dr. CHAHIDI Naima
- Désignations des actes suivant nomenclature : 20 AMM
- Nombre de séances : 10
- Montant total des honoraires : 2000,00 DH
- Arrêter la présence facture à la somme de : Deux mille dirhams

Casablanca, le 13/11/2020

CENTRE KINESITHERAPIE
YOUSSEF DOULFAKAR SARL AU
250, Angle Bd Molay Youssef et Bd Bordeaux 1er étage N° 3 - Casablanca
Bd Molay Youssef N° 3 Casablanca
Gsm : 06 61 18 15 47

Mr Youssef DOULFAKAR
Kinésithérapeute Physiothérapeute Diplômé d'état