

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043717

ND. 86 891

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2924

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAHYANE EL Houdj

Date de naissance :

01/01/48

Adresse :

Hely al inasa 2 Rue 80587 in diek
LASR BLANC

Tél. :

06.72.70.65.43

Total des frais engagés : 571,90 DHS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/2020

Nom et prénom du malade : LAHYANE Fachiha

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

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 : 03/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Date des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/02/2020 | | 01 | 250.00 |  Dr. William Smith Médecin généraliste 7, Avenue Essaouira 10000 Casablanca Tel: 05 22 50 68 69 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| PHARMACIEN Dr F. BERRAKH Moulay Abdellah Casablanca | 23/02/2018 | 571.00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Practicien | Date des Spins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------------|--------|-----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| Centre Physio et Physiotherapy Bd. El Bode Rue 205 N°: 70771 CASA - Télex: 022.50.4405 | 11/21/20 11/23/20 | | 108 | | | 1400 |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

[Création, remont, adjonction]

2010 RELEASE UNDER E.O. 14176 - APPROXIMATELY 10% OF THE ORIGINAL IMAGE IS MISSING

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE -
L'EXECUTION

Dr. Ilham SEHBANI
RHUMATOLOGUE

كلية الهام سحباني
المختصة في أمراض العظام
والمفاصل

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

العمود الفقري
شاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأدوية البيولوجية
الفحص بالصدى (ليج - بلجيكا)
التدية

Casablanca le: 03/02/2020

MME LAHYANE RACHIDA

28,80 ~~xx~~

- Vitanevril fort - comprimé dragéifié
1 Comprimé x3/j pdt 1 mois

53,10

- Relaxol 500 mg /2mg - comprimé
2 Comprimé, * 2 APRES REPAS , pendant 7J

80,40

- Celebrex 200 mg - gélule
1 gel par jour pendant 7j au milieu du repas

60,10

- Resodyn pommade
1 APP*3 PAR JOUR

301,00

- Kalest 20 mg - gélule en microgranule
1 Gélule, au reveil , 7j



LOT : 0098
PER : 10-22
PPV : 60,00 DH

LOT 181366
EXP 02/2021
PPV 30,00 DH

P.P.C : 183,00 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 19/02/8
EXP: 12/2022

PPV: 49,60 DH
LOT: 19/02/8
EXP: 12/2022

شارع سقرا، إقامة السكن الآنيق (تجزئة الصفا)، عمارة 404، الطابق الأول، رقم 7، عين الشق - الدار البيضاء
404, Bd Al qods, Résidence Essakane El Anik (Lot Assafaâ), 1er étage, N° 7, Ain chok-Casablanca
Tél : 05 22 50 68 69 - GSM: 06 82 28 41 17 - E-mail:cabinetsehbani@gmail.com

Dr. Ilham SEHBANI RHUMATOLOGUE

Spécialiste des os, articulations et
la colonne vertébrale
Ostéoporose
Maladies rhumatismales (Lille-France)
Biothérapie
Echographie Ostéo-articulaire (Liège - Belgique)
Nutrition

الدكتورة إلهام سحباني
أخصائية في أمراض العظام
والمفاصل

العمد القرني
مشاشة العظام
أمراض الروماتيزم (ليل - فرنسا)
العلاج بالأنواع البيولوجية
الفحص بالصدى (لينين - بلجيكا)
التقديمة

Casablanca le:
03/02/2020

MME LAHYANE RACHIDA

Rééducation du rachis entier

scoliose dorsolombaire

Physiothérapie antalgique

Massage décontracturant

Après disparition de la douleur :

Renforcement de la sangle abdominale et muscles para
vertébraux

Apprendre le verrouillage segmentaire

Travail de posture

Reconditionnement à l'effort avec apprentissage à l'auto
rééducation

Nombre de séances : 15 (2 séances/ semaine)

Centre Amina de Kinéthérápnie
et Physiothérapie
Bd. El Qods Rue 205 N°:70772
CASA - T:02.50.44.05
Fax: 022.50.44.05



CENTRE AMINE
KINESITHERAPIE - PHYSIOTHERAPIE
AMINE KHALID

Maitre en sciences de la Réhabilitation
Physique

Bd. El Qods, Rue 205 N° 70-72 Hay Mly Abdellah
Casablanca - Tél / Fax 0522 504405

FACTURE 19/2020

La somme de 1400,00 Dhs (Mille quatre cent dinars)
Pour une série de 10 Séances de rééducation fonctionnelle pour
Rachis entier. Scoliose dorso-lombaire.

Physiothérapie (antalgique) + Infra rouge + Massage médical.

Renforcement musculaires.

Adressée à LAHYANE RACHIDA
Durant la période du 11/02/20 au 16 MARS 2020

Sur ordonnance du docteur

Avec mes remerciements

Signé : AMINE KHALID

*Centre Amine de Kinésithérapie
et Physiothérapie
Bd. El Qods Rue 205 N°:70/72
CASA - Tél/Fax: 022.50.44.05*

| | Date | Heure | Avance |
|----|------------|--------|--------|
| 1 | 11/02/2020 | 1 the | 1h50s |
| 2 | | | |
| 3 | 13/02/2020 | 1th 30 | 1h50s |
| 4 | | | |
| 5 | 17/02/2020 | 15h00 | 1h50s |
| 6 | | | |
| 7 | 21/02/2020 | 19h00 | 1h50s |
| 8 | | | |
| 9 | 24/02/2020 | 15h00 | 1h50s |
| 10 | | | |

| | Date | Heure | Avance |
|----|------------|-------|--------|
| 11 | 08/03/2020 | 15h00 | 1h50s |
| 12 | | | |
| 13 | 09/03/2020 | 15h00 | 1h50s |
| 14 | | | |
| 15 | 09/03/2020 | 15h00 | 1h50s |
| 16 | | | |
| 17 | 17/03/2020 | 15h00 | 1h50s |
| 18 | | | |
| 19 | 16/03/2020 | 15h00 | 1h50s |
| 20 | | | |