

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **803**

Société : .....  
**A 22280**

Actif  Pensionné(e)

Nom & Prénom : **LAGAALI LAHCEM**

Autre : .....  
**A 22280**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : **06 306 193 93**

Total des frais engagés : ..... Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

**DR BELLAOUCHE Jad**  
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE  
35 Rue Zineb Ishak La Villette  
Riad Ib Tachfine 10 Rdc. Appt. 13  
Casablanca  
Tél. 0522 60 55 77 (Urgence) 0660 29 55 77

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : **15 / 08 / 2011**

Nom et prénom du malade : **Leghal Fath**

Age : **26**

Lien de parenté : .....  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **Renalite**

**du fibial antérieur**

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
27.08.11	66	1	apatu. Y	 BILLAOUAD HADJ UMATOURAH CHIRURGIEN INEB 10 Rdc. La Villette 0660295577

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	21-09-2024	311 10 (103 x 120114)				1200116

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

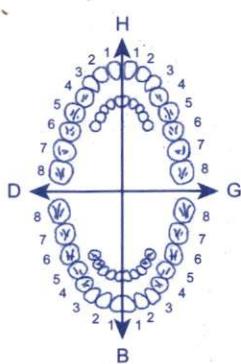
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

**Laïla EDDAHI**

Kinésithérapeute

Physiothérapeute

Diplômée de ESK ET de

Guiek (MONTRÉAL-CANADA)



**ليلى الاهي**  
مرؤضة طبية

خريجة المدرسة العليا للترويض الطبي  
ومعهد كيبك للصحة الكاملة  
(مونتريال - كندا)

Casablanca, le ..... 9.1.2009 ..... الدار البيضاء، في 9.1.2009

**FACTURE N° 00149**

Je soussignée, Laïla EDDAHI Kinésithérapeute ;

Nom et Prénom : L. E. g. D. A. L. I. .... F. A. T. N. A. ....

La Somme de : (10.5 x 12) = 121 ..... 12.00.121 .....

Pour ..... 10 ..... Séances de ..... Rééducation

LAIILA EDDAHI  
ICE: 001804383000006  
Tel: 0522 62 47 65

**Signature**

Laila EDDAHI  
Kinesitherapeute - 001804383000006  
Bd Ibn Tachfine, Rés Venis 2ème Etage  
Appt 10 Imm 1 - Casablanca  
Tel: 0522 62 47 65



Traumatologie - Chirurgie orthopédique  
Chirurgie prothétique - Arthroscopie - Chirurgie du sport - Chirurgie de la main et de l'épaule  
Maladie de la colonne vertébrale

علاج الكسور و إعادة التقويم - جراحة المفاصل الاصطناعية  
جراحة بالمنظار - جراحة الإصابات الرياضية - جراحة اليد والكتف  
أمراض العمود الفقري

Je soussigné, Docteur BELLAOUCHI JAD, certifie que l'état de santé de

Mme Legdali Fatna

Nécessite 10 séances de rééducation

**Motif :** Tendinite du tibial antérieur (droit)

**Recommandations particulières :**

- Travail proprioceptif
- Physiothérapie et massage à but antalgique , pressothérapie .
- Ultrasons

Casablanca, le 25/08/2022

Dr. BELLAOUCHI Jad  
CHIRURGIEN TRAUMATOLOGUE ORTHOPÉDISTE  
35 Rue Zineb Ishak La Villette  
Riad ib Tachfine Rdc. Apt. 13  
Casablanca  
Tél: 0522 60 55 77 (Urgence): 0666 29 55 77

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
1 - 09	10h				*		
2 - 09	10h						
3 - 09	11h						
5 - 09	10h						
6 - 09	10h						
7 - 09	10h						
8 - 09	10h						
9 - 09	10h						
10 - 09	10h						
11 - 09	10h						
12 - 09	10h						
13 - 09	10h						
14 - 09	10h						
15 - 09	10h						
16 - 09	10h						
17 - 09	10h						
18 - 09	10h						
19 - 09	10h						
20 - 09	10h						

Mila EDDARI  
Kinésithérapeute - physiothérapeute  
Bachfine - cas. Vénis Zeme élage  
10 Immeuble Alabianca  
Tel 03 22 22 22 22

En cas d'indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance.  
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs, Merci..



## مركز الترويض الطبي وتخسيس الوزن

### ليلي الماهي مرضية طيبة

خريجة بالجامعة العليا للترويض الطبي  
ومعهد كيبك للصحة الكاملة (ميونتريال - كندا)

شارع ابن تاشفين، إقامة فنيس  
الطابق 2 عمارة 1 شقة رقم 10  
البيضاء - الهاتف : 0522 62 47 65  
المحمول : 06 53 05 99 22



CENTRE DE KINESITHERAPIE  
ET D'AMINCISSEMENT

Laila EDDAHI

KINÉSITHÉRAPEUTE - PHYSIOTHÉRAPEUTE  
DIPLOMÉE DE ESK ET DE GUIJEK  
(MONTRÉAL - CANADA)

Bd Ibn Tachfine, Résidence Venis  
2ème Etage, Appt 10, Imm.1 - Casablanca  
Tél.: 0522 62 47 65 - GSM : 06 53 05 99 22

### CARTE DE SEANCES

- Patient: Lg Dali Fasri
- A.T / A.S / Autres: .....
- Assurance: .....
- Police: .....
- Nombre de Séances: 10