

# 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 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.
- La 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ 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.

**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

M22- N° 004429

140714

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1084

Société : R.A.M. MA(968A)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHRACH LAYACHTI Fatiha

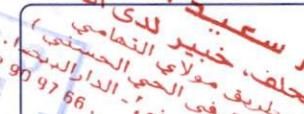
Date de naissance : 06/02/50

Adresse : 2 rue Alin Asserdoun Casablanca

Tél. 0522 20 45 45 Total des frais engagés : 1750 Dhs Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/11/2014

Nom et prénom du malade : LAHRACH LAYACHTI Fatiha Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC 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 :

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
٢٥/١١/٢٠٢٢	C			مختبر طبي مولاي العلامة ٦٠ - طلاق مولاي العلامة قبض مستشفى الحسين الدارالبيضاء مانع - الحسين الدارالبيضاء ٧٧٢.٩٠

## 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
		A M	P C	I M	I V	
	26/12/2013	310	8ans	176,200Dhs	176,200Dhs	CENTRE CASA OULFA DE KINESITHERAPIE SARL 33 Rue 74 Gharb Hay El Outta - Casablanca

## 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	11433553													
G	35533411														
	<p style="text-align: center;"><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

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

#### VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلـف  
خبير لدى المحاكم

## Casablanca, le

الدار البيضاء، في 23-11-2023 Casablanca, le

Ti CAMACHI Fatiha

10 sedules de

# Reeducation registration

**ENTRE CASA-OLFA DE  
KINESITHERAPIE SARL**  
33 Rue 74 Group P N°29-31  
Hav El Oulfa - Casablanca

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا . الحي الحسني . الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drqza@gmail.com

**Docteur Saïd GZOULI**

Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الكزوولي**

طبيب محلق  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 25.11.2022. الدار البيضاء، في:

La patiente Fatima présente  
des bronchites dyspnées  
récidivantes entraînant  
une gêne respiratoire

**دكتور سعيد الكزوولي**  
طبيب محلق، خبير لدى المحاكم  
طريق مولاي التهامي 60،  
قرب مستشفى الحسني الحسني،  
مارولا - الحسيمة - الدار البيضاء  
هاتف: 05 22.90.70.88 - 05 22.90.70.88

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحسيمة - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com

**Docteur Saïd GZOULI**

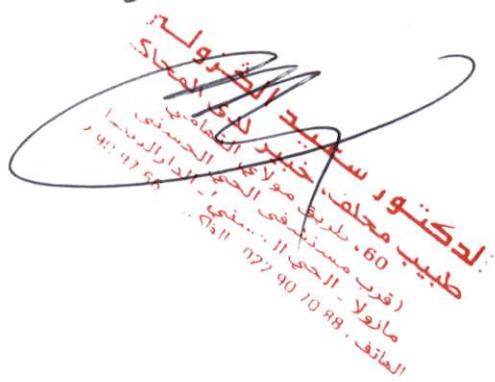
Médecin Assermenté  
Expert près les Tribunaux

**الدكتور سعيد الكزوولي**

طبيب محلـف  
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : **09 JAN 2023** الدار البيضاء، في :

Je Layachi Farha présente  
me présente rebelle  
aux fauteuils, avec  
un état fragile et  
des rafles.



60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء  
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca  
Tél. : 05 22.90.70.88 - E-mail : drgzsa@gmail.com



# Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

PROGRAMME DES SEANCES DE KINESITHERAPIE EN FAVEUR DE Mme LAYACHI FATIHA

A COMPTER DU 28/11/2022

J'atteste que Madame LAYACHI FATIHA a effectué ses 10 séances de rééducation au centre de kinésithérapie CASAOULFA pour une Rééducation respiratoire suivant le programme suivant :

Nombre de séances	Date
Séance 1	28/11/22
Séance 2	01/12/22
Séance 3	05/12/22
Séance 4	08/12/22
Séance 5	12/12/22
Séance 6	20/12/22
Séance 7	23/12/22
Séance 8	27/12/22
Séance 9	03/01/23
Séance 10	10/01/23

CENTRE CASA- OULFA DE  
KINESITHERAPIE SARL  
33 Rue 74 Groupe N° 29-31  
Hay El Douta - Casablanca



# Kinésithérapie - Physiothérapie

CENTRE CASA OULFA

Casablanca le : 18/01/2023

Facture n°07/2023

NOM : LAYACHI Fatiha

ADRESSE : CIL , CASABLANCA

PATHOLOGIE	N° DE SEANCES	PRIX UNITAIRE	PRIX TOTAL
REEDUCATION RESPIRATOIRE	10	175	1750,00
<b>TOTAL</b>			<b>1750,00</b>

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TOTALE DE MILLE SEPT CENT CINQUANTE DIRHAMS

*CENTRE CASA OULFA DE  
KINESITHERAPIE SARL  
33 Rue 74 Groupe P N°29-31  
Hay El Oulta - Casablanca*