

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0056137 **156921**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **3243** Société : **ROYAL AIR MAROC**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **MOUBAKKIR FATIMA**
Date de naissance : **18-12-57**
Adresse : **10 RUE Ain Aouda APT 4 Racine**
CASA BLANCH
Tél. : **0661087017** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **30 / 03 / 2023**
Nom et prénom du malade : **MOUBAKKIR FATIMA** Age : **65**
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Souffrance**
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 : **CASA BLANCH**

Le : **30 / 03 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant l'accomplissement des Actes
30/03/23	S			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la prestation

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	
	09/05/2023					150 x 12 = 18000ms

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															
		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</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>B</td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B		
		H	H																	
		25533412	21433552																	
		00000000	00000000																	
D		G																		
00000000		00000000																		
35533411		11433553																		
B		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

FACTURE

MOOV THERAPY

Angle rue Ain chifaa et Abou Alwaqt khalaf

Résidence Haydar Aljarrah IMM A Appt :5

20000 ANFA-Casablanca

0522471437 / 0699632399

SOCIETE ET / OU NOM DU CLIENT : MOUBAKKIR FATIMA
ADRESSE : Casablanca.

DATE : 08/05/2023

INTITULE :

Nombre de séances :	Désignation :	Prix unitaire :	Prix total :
12 séances	Reed. sur lombelgie avec attitude sciatique	150 DHS	1800 DHS

BEL BAROUDI CHAIMAA
KINESITHERAPEUTE
Angle Rue Ain Chifaa et Rue Abou Alwaqt Khalaf
Immeuble "A" Résidence Haydar Al Jarrah
Appt. N°5 - Casablanca
Tél : 05 22 47 14 37 / 06 99 63 23 99
Ident fiscal : 18702111 - Pat. N° 18051000



Planing détaillé des séances :

Séance ① : 12/04/2023 massage décontracturant du dos + électrothérapie antalgique.

Séance ② : 14/04/2023 massage décontracturant du dos + électrothérapie antalgique + étirements.

Séance ③ : 17/04/2023 massage décontracturant du dos + région fessière + étirements (rhomboides et pyramidal)

Séance ④ : 19/04/2023 massage décontracturant + renforcement des muscles du dos.

Séance ⑤ : 21/04/2023 massage décontracturant dos + cervical. renforcement mine des muscles de la région thoracique pour redresser la cyphose.

Séance ⑥ : 24/04/2023 massage décontracturant dos + cervical. renforcement musculaire isométrique de la gaine para vertébrale + apprentissage du verrouillage lombaire.

Séance ⑦ : 26/04/2023 massage décontracturant. renforcement musculaire isométrique de la gaine p.v + apprentissage du verrouillage lombaire

Séance ⑧ : 28/04/2023 même que la séance précédente.

Séance ⑨ : 02/05/2023 " " " "

Séance ⑩ : 04/05/2023 séance précédente + renforcement du bassin abdominal exercices isométrique + stimulation électro.

Séance ⑪ : Réentraînement à l'effort \Rightarrow mouvements de renforcement tout en combinant des exercices de lancée + ballon de Klein + position de la planche (pour un bon gainage)

Séance ⑫ : Pareil que la séance précédente.

Conclusion : Disparition de la douleur lombaire irradiante jusqu'aux genoux.
Fatigue très minime lors des tâches journalières de la patiente.
Amélioration de l'hygiène posturale.

ORDONNANCE

Dr. BARGHOUTI
KINESITHERAPEUTE
Angle Rue Ain Chifaâ et Rue Abou Al Waki
Immeuble "A" Résidence Haydar Al Jayran
App. N°5 - CASABLANCA
Tél: 05 22 42 14 37 / GSM: 06 99 53 23 99
Ident. fiscal: 18749215 - Pat. N° 15091460

Casablanca le 30/3/2023

Mme MOUBAKKIR Fatima

Lombalgies sur arthrose lombaire avec attitude
scoliotique

Rééducation à base de :

Traitement antalgique à base de
massages et chaleur

Radiations ionisantes à doses anti-
inflammatoire

Verrouillage lombaire

Etirements sous pelviens

Renforcement isométrique de la gaine
musculaire para vertébrale

Renforcement du caisson abdominal

Réentraînement à l'effort

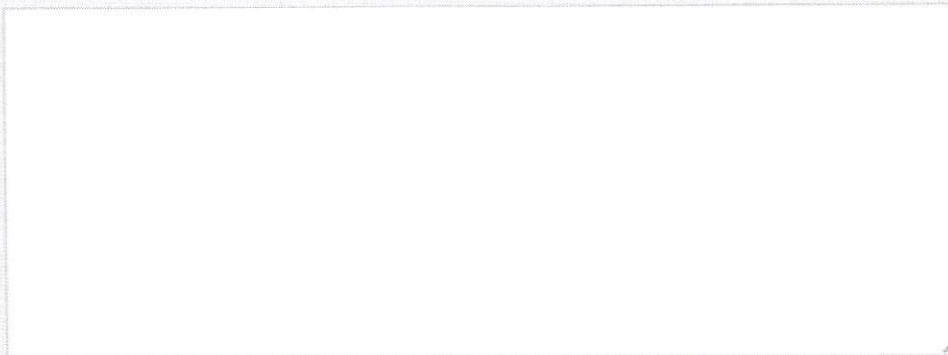
Redressez la courbure du rachis

Une séance trois fois par semaine pendant
4 semaines
54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • شارع غاندي، 20210 الدار البيضاء •
☎ +212 522 36 74 05 ☎ +212 522 94 07 70 / 74 ☎ +212 522 39 09 73 ☎ +212 522 36 05 34

12 séances de rééducation de lombaire

N° Dossier: 156921 
N° Dossier externe: PEC-03243/11-04-23
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: MOUBAKKIR FATIMA
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 11-04-2023 
Date de fin: 11-04-2023 
Date de saisie: 11-04-2023
Événement: 

Commentaires pour l'édition



Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
12-04-2023	Manuel	OK PEC 12 SEANCES KINE POUR LOMBALGIE



We keep you moving



MOOV THERAPY

BELBAROUDI Chaïmaâ
KINESITHERAPEUTE

Vos prochains rendez-vous

Mme Moubakkir Fatima

**Angle Ain Chifaa et Rue Abou Al Wakt Khalaf
Residence Haydar Al Jarrah Immeuble "A"
Appt. N° 5- Anfa - Casablanca**

GSM : 06 99 63 23 99 - Tél : 05 22 47 14 37

Jour	Date	Heure
Mercredi	12/04	12H ✓
Vendredi	14/04	12H ✓
dimanche	17/04	12H ✓
Mercredi	19/04	12H ✓
Vendredi	21/04	12H ✓
dimanche	24/04	12H ✓

Jour	Date	Heure
Mercredi	26/04	12H ✓
Vendredi	28/04	12H ✓
Mardi	02/05	12H ✓
Jeudi	04/05	12H ✓
Samedi	06/05	12H ✓
dimanche	08/05	12H ✓

En cas d'empêchement, prière de prévenir 48h à l'avance