



CENTRE DE KINESITHERAPIE ET DE D'ELECTROTHERAPIE

**DEVIS**

180DH

Tanger, le : 10-10-2013

NOM ET PRENOM DU PATIENT : me BENNANI NAIMA

du : ..... Au : .....

Adresse : .....

Nombre de séance : 20 Séances de rééducation

Prix de la séance : 180,00 DH

Total : 3600,00 DH

Sommes en lettres : Treize mille six cent dirhams -

Signature

**MOHAMED ABOUHIL**

**PHYSIOTHERAPEUT**

69, Rue Omar Ibn El Khattab

Appt. N°1 - TANGER

Tél : 05 39 32 50 58

# 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

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- 0024990

180301

Optique

Courriel

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1124 Société : MUPRAS

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNANI Naima

Date de naissance : 1969

Adresse : LOT S. NAKHEEL N° 50 Tanger

Tél. : 0561223964

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. AFILAL Saloua  
RHUMATOLOGUE  
22, Avenue Jordanie, Zouine Center  
3ème Etg, N°14 - Tanger  
Tel: 05 31 01 81 55

Date de consultation : 07/10/2019

Nom et prénom du malade : BENNANI Naima Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : CAPSULE RICHE EN STÉATOZIDE

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 Tanger

Le : 10/10/2019

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie M22-0024990

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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
07/10/2018	CB5		6	DR HUMBERT GAILLARD 22, Avenue de la Marne 77180 Brie-Comte-Robert

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Docteur	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
M. ABDERABBOU RUE OUM TANG APR 1986 TEL: 32 50 20 23 EDISANTHROPENTE	10-10 2023	20	Seances de reeducation			3600,-DH

#### VOLET ADHÉRENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exiés par la Mutuelle.

## **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			
	H	25533412   21433552		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	D	00000000   00000000		
	G	00000000   00000000		
	B	35533411   11433553		
		(Création, remont, adjonction)		MONTANTS DES SOINS
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
D	H			DATE DU DEVIS
	G			
	B			DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

**Dr.Saloua Afilal**

**Rhumatologue**

Spécialiste des os, articulations

et la colonne vertébrale

Ostéoporose, Arthrose

Biothérapie



CABINET DE RHUMATOLOGIE

**الدكتورة سلوى أفيال**

أخصائية في أمراض الروماتيزم

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل

و العمود الفقري

شاشة العظام .أمراض الغضروف

العلاج بالأدوية البيولوجية

Tanger le : ..... 07 - 12 - 13 .....

" Beurmani Naima

Faire svp :

20 séances de rééducation de l'épaule gauche pour capsulite rétractile :

- Physiothérapie antalgique : cryothérapie, US pulsé, TENS
- Récupération des amplitudes articulaires :
  - Mobilisation passive à faible bras de levier
  - Mouvements pendulaires
  - Etirements des muscles de la ceinture scapulaire
  - Mobilisation active aidée
- Renforcement musculaire : Muscles stabilisateurs de la scapula et la coiffe des rotateurs
- Autoprogramme

**MED ABOUHILAL**  
PHYSIOTHERAPEUTE  
69, Rue Omar Ibn El Khattab  
Appart N° 101 - TANGER  
Tel: 05 31 01 81 55

Dr. AFILAL Saloua  
RHUMATOLOGUE  
Zouine centre, Avenue Beethoven et rue jordanie 3<sup>ème</sup>Etage ,App Num 14 ,Tanger  
Tél: 05 31 01 81 55

N.B Cette ordonnance n'est valable que si elle porte la signature du medecin

☎ 05 31 01 81 55 ☎ 06 88 56 73 91 (Urgence) ☐ salouaafilal@gmail.com

zouine centre ,Angle avenue Beethoven et rue jordanie 3<sup>ème</sup>Etage ,App Num 14 ,Tanger

شارع بيتوفن ، زوين سنتر الطابق الثالث رقم 14 طنجة 22