



CENTRE DE KINESITHERAPIE ET DE D'ELECTROTHERAPIE

DEVIS

180301

Tanger, le : 10-10-2023

NOM ET PRENOM DU PATIENT : ^{me} BENNANI NAÏMA

du : Au :

Adresse :

Nombre de séance : 20 séances de rééducation

Prix de la séance : 180, DH

Total : 3600, DH

Sommes en lettres : Trois mille six cent dirhams

Signature

MOHAMED ABOUHELLAL

PHYSIOTHERAPEUTE

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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1124 Société : MUPRAS
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENNANI Naïma
 Date de naissance : 1949 à G. Sablon W
 Adresse : LOTIS NAKHEEL N° 50 Tanger
 Tél. : 05 61 22 39 64 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
Tél: 05 31 01 81 55

Date de consultation : 07/10/23
 Nom et prénom du malade : BENNANI Naïma Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Capacité réduite de l'œil gauche
 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 : 10/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

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 :

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 le Paiement des Actes
07/10/23	CS		G	


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
		AM	PC	IM	IV	
	10-10-2023	20 séances de rééducation				3600,00

VOLET ADHERENT

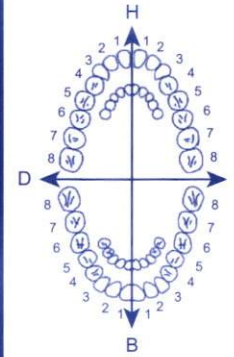
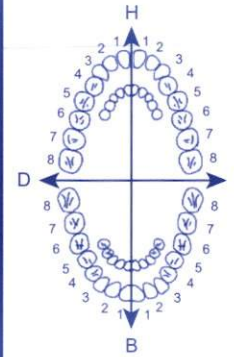
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

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

Ostéoporse, Arthrose

Biothérapie



CABINET DE RHUMATOLOGIE

الدكتورة سلوى أفيلال

أخصائية في أمراض الروماتيزم

أخصائية في أمراض العظام والمفاصل

و العمود الفقري

هشاشة العظام، أمراض الغضروف

العلاج بالأدوية البيولوجية

Tanger le : 04-12-13

Benani Naïme

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.

MOHAMED ABOUHIHAL
PHYSIOTHERAPEUTE
69, Rue Omar Ibn El Khattab
App. N° 14 - TANGER
Tel : 05 39 52 50 58

Dr. SALOUA AFILAL
Rhumatologue
22, Avenue Mohammed VI - Zouine Centre
Tél: 05 31 01 81 55
Séjour: 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^{ème} Etage ,App Num 14 ,Tanger

22 شارع بيتهوفن ، زوين سنتر الطابق الثالث رقم 14 طنجة