

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

N° 10 696

Déclaration de Maladie : N° P19-0000034

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11054 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HABIB-ALLAH MEHDI Date de naissance : 01/06/75

Adresse : ACCRA - GHANA

Tél. : 06.99.90.88.38 Total des frais engagés : 2.250,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr SQUAD ZEROUAL

RHUMATOLOGUE

Av Hassan II, Résidence
Walid 'O' - Appart 2 (Immobilis)

10000 Casablanca - Tel: 05 22 30 07 21

Cachet du médecin : 


Date de consultation : 28/07/2019

Nom et prénom du malade : HABIB ALLAH Mehdi Age :

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affekt - Rhumatisme

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 : CA.SA

Le : 06/08/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

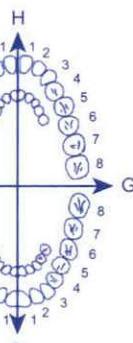
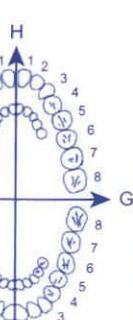
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
BELKHAYAT KINE SITH FRAPEUTIQUE N° 522 25 28 51 - Casablanca N° Aut. 134	23/12/2019 au 27/01/2020	15	AMMNg			250,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

/euillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODT.

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 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

CABINET DE RHUMATOLOGIE

Docteur Souad Zeroual

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris
Spécialiste des Maladies des Os et des Articulations
Maladies des Muscles et de la Colonne Vertébrale
Ancienne Attachée associée des Hôpitaux de France

* Sur Rendez-vous *

الدكتورة سعاد زروال

خريجة كلية الطب بباريس
اختصاصية في الروماتيزم
أمراض العظام و المفاصل و العضلات
أمراض العمود الفقري
طبيبة سابقة بمستشفيات فرنسا
* بالموعد *

Mohammedia, le : ٢٥ / Nov / ٢٠١٩
المحمدية، في : ٢٥ / Nov / ٢٠١٩

Pour M^r. HABIB ALLALI Mehdi

Faire 15 séances de physiothérapie,
Reduire corps en hér. 3 fois /

R.C = - myopathie
- Retractions tendineuses.

✓ physiothérapie

✓ renforcement musculaire +
échirement.

Dr SOUAD ZEROUAL

BELKHAYAT Najib

KINESITHERAPEUTE

Diplômé du CHR de Montpellier
Kinesithérapie - Electrothérapie

Angle Boulevard Abdelmoumen
et Rue Soumaya (Imm. Renault)
Téléph. : 0522 25 28 57 - Casablanca

بلخياط نجيب

الترويض الطبي و المعالجة الكهربائية

زاوية عبد المؤمن زنقة سومية

عمارة رونو - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 25 28 57

NOTE D'HONORAIRES

La Somme de 9250,00 (Deux mille deux cent cinquante)
Pour une série de 15 séances de Rééducation fonctionnelle pour Myopathie

Adressées à M = Habib allah Mendi

Durant la période du 23/11/2019 au 27/10/2020

Sur ordonnance du Docteur Souad Zerroual.

Avec mes Remerciements,
NAJIB BELKHAYAT

BELKHAYAT Najib
KINESITHERAPEUTE
Bd. Abdelmoumen Angle Rue Soumaya
Tél.. 05 22 25 28 57 - Casablanca
N° Aut. 1341

Patente : 34772251 - IGR : 42504603 - CNSS : 2104462 - ICE : 001919872000062

Tél. / Fax : 05 22 25 28 57

BELKHAYAT Najib

KINESITHERAPEUTE

Diplômé du CHR de Montpellier
Kinesithérapie - Electrothérapie

Angle Boulevard Abdelmoumen
et Rue Soumaya (Imm. Renault)
Téléph. : 022 25 28 57 - Casablanca

Reçu
deuxième
de 05/12/2019



DEVIS

N° 10696

n° 11054

La Somme de 2250,00 Dhs

(Deux mille deux cent cinquante)

Pour une série de 15 séances de Rééducation

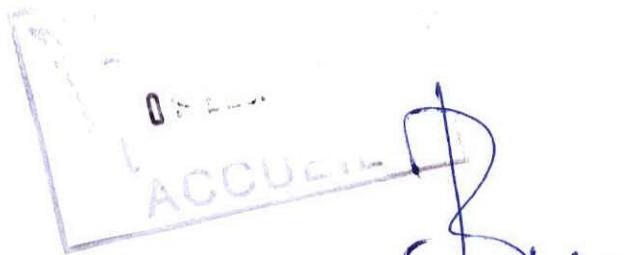
fréquence pour neuropathie
avec des relaxants musculotendineux

Adressées à M^e Habib Alkhi Mehdi

Durant la période du au 200

Sur ordonnance du Docteur Iovad Zernal.

Avec mes Remerciements,
NAJIB BELKHAYAT



BELKHAYAT Najib
KINESITHERAPEUTE
Bd. Abdelmoumen Angle Rue Soumaya
Tél.: 05 22 25 28 57 - Casablanca
N° Aut. 1341



Le 21.12.2019

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

A remplir par l'Adhérent

Matricule : 11054 N° de poste : ACCRA
Nom et Prénom de adhérent : HABIB B. ALI AH. N°Tél. bureau : BHANA
Nom et Prénom du bénéficiaire : Mme..... N°Tél. domicile :

A remplir par le praticien

Je soussigné : BELKHAYAT Najib
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M Bd. Abdelmoumen Angle Rue Soumayn
Nécessite N° Aut. 1341

Un acte côté à la nomenclature (préciser le coefficient) 15 séances de
Rééducation fonctionnelle pour myopathie
avec des rétractions musculo-tendineuses

Une hospitalisation de : (Approximatif).....

A : (préciser l'établissement hospitalier).....

Strictement confidentiel

Renseignement sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique(à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet,date et signature du praticien

A remplir par le médecin conseil de la MUPRAS

Décision :
.....
.....
.....

NB : cette demande d'accord préalable doit être adressée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable, sinon la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Contact: 05-22-91-23-36/ 05-22-91-23-76

SIEGE SOCIAL : AEROPORT CASA-ANFA-CASABLANCA

Tél : 022 91-23-36/91-26-39/91-28-81/91-26-49/91-26-86/91-28-83 Fax : 022 91-26-52

E - mail : Mupras @ royalairmaroc.com

M^r HABIB ALLAH
MEHDI

LES RENDEZ - VOUS
NON DECOMMANDANDES
24 H. A L'AVANCE
SERONT COMPTES...

15 séances

année 2019-2020

Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance
23/12	1 ^e	18/01	1 ^e				
25/12	2 ^e	20/01	12 ^e				
28/12	3 ^e	22/01	13 ^e				
30/12	4 ^e	25/01	14 ^e				
01/01	5 ^e	27/01	15 ^e				
4/01	6 ^e						
6/01	7 ^e						
8/01	8 ^e						
13/01	9 ^e						
15/01	10 ^e						

BELKHAYAT Nabil
TUNISIENNE MERAD
sd Abdelloumen
tel: 0522 252851
N° Aut. 1341
1 Rue Soumaya
Casablanca