

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 Étage 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

N° W19-512907

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2925

Société : 22281

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ACHOUR

Date de naissance : 1950

Adresse : 35 Rue Kergomard

Tél. : 0639971503

Total des frais engagés : 2341,60

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/02/2020

Nom et prénom du malade :

Age : 70

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

24 FEB 2020

Le : 22/02/20

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
03/05/20		9	261,60	Dr. Mohammed DRAOUI Chirurgien Traumatologue 38, Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan A Appt. N° 5 - Rabat Tél.: 06 37 86 18 37/38 Urgence : 06 61 18 87 66 CE : 001654612000071

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SIDI ABDELRAHMAN SAÏED EL RODKIA 15 - 16, Rue Aergorier Résidence Ambar - Casablanca Tél. 022 79 79 01	03/02/2020	541,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
BELKHAYAT KINESITHERAPEUTE Abdelmoumen Angie Rue Saumava Tél.: 05 22 25 28 57 - Casablanca N° Aut. 1341	04/02/2020 ou 02/02/2020		12 AM	9	1	267 1800,00

RELEVÉ 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	INP : <input type="text"/>										
				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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	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

Rabat, le

03 - 02 - 2022

Adressé à: Faïd

S.V.

LOT: M19026
 EXP: JAN 2022
 PPV: 52,00 DH

S.V.

S.V.

S.V.

S.V.

22,00
22,00

PPC: 69,90 DHS
 FABIPHARM.SARL

ACM BAUME
 DE MASSAGE

46, Avenue Chellah - Rabat

Tel.: 05 37 66 41 82 / 05 37 76 75 76 / 05 37 76 72 76

Fax: 05 37 76 72 73

Patente: 25129079 - I.F.: 3303109 - CNSS: 6459368

E-mail: cliniquelacapitale@yahoo.fr

Site web: www.lacapitalemaroc.com

Mohamed DRAOUI
 Chirurgien Traumatologique
 Rabat Hassan A
 Tél: 05 37 66 41 82 / 05 37 76 75 76 / 05 37 76 72 76
 Fax: 05 37 76 72 73

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 المومن زنقة سومية

عمارة رونو - الدار البيضاء

الهاتف : 0522 25 28 57

NOTE D'HONORAIRES

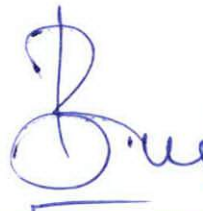
La Somme de 1800,00 (Mille huit cent 00)

Pour une série de 12 séances de rééducation
fonctionnelle pour une lombalgie
gauche.

Adressées à M^r ACHOUZ FARI'D

Durant la période du 4 / 02 / 2020 au 22 / 02 / 2020

Sur ordonnance du Docteur Mohamed Draoui



Avec mes Remerciements,
NAJIB BELKHAYAT

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

W l s s. 20w

7. Adour Faid

J. Joubert
 J. Joubert

12 (day) pour le
 (du) le
 possible
 + il est stricte
 2nd Jean

Dr. Mohamed DRAOUI
 Chirurgien Traumatologue
 38, Av. Chellah, Rée. Ryad Hassan A
 Tél.: 05 37 66 11 82 / 05 37 76 75 76 / 05 37 76 72 76
 Appt. N° 5 - Rabat
 Urgence : 06 61 18 67 66
 ICE : 001581124000031

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 05/02/2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 2926	e-mail : tarik.ac@airmaroc.ma Phones : 0639971503
Nom et Prénom de l'adhérent : ACHOUR FARID	
Nom et Prénom du bénéficiaire : ACHOUR FARID	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : BELKHAYAT N. KINESITHERAPEUTE	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. Achour Farid	
Nécessite : 12 séances de rééducation fonctionnelle	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements 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 MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

N° ACHOUR FARID

LES RENDEZ - VOUS

NON DECOMMANDES

24 H. A L'AVANCE

SERONT COMPTES...

12 séances

Année 2020

Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance
4/2	1 ^{re}	21/2	11 ^{re}				
6/2	2 ^{re}	22/2	12 ^{re}				
8/2	3 ^{re}						
10/2	4 ^{re}						
11/2	5 ^{re}						
12/2	6 ^{re}						
14/2	7 ^{re}						
17/2	8 ^{re}						
18/2	9 ^{re}						
20/2	10 ^{re}						

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