

## 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 :

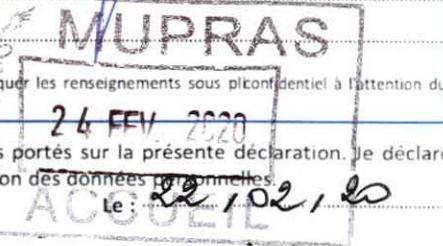
- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		RE281	
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RETRAITÉ
Nom & Prénom : ACHOUR FARIJ			
Date de naissance : 1950			
Adresse : 35 Rue Kergomard Resid AMBAR 3e/4			
CASA			
Tél. : 0639971503 Total des frais engagés : 2341,60 Dhs			
Dr. MOHAMMED DR			
Chirurgien Traumatologique			
88, Av. Chellah Rés. Ryad Hassan A			
App. N° 5 - Rabat			
Tél. : 05 37 66 16 37/38			
Urgence : 06 61 18 87 66			
ICE : 001654512000071			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 20/02/2020			
Nom et prénom du malade : Age : 70			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même			
Nature de la maladie : CABA			
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.			
26 FFV 2020			
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 Le : 20/02/2020			
Signature de l'adhérent(e) : 			



### 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
23/01/20		8	841,60	INP : 1234567890 Dr. Mohammed DRAOUI Chirurgien Traumatologique 38, Av. Chellah, Rés. Ryad Hassan A Appt. N° 5 - Rabat Tél. : 05 37 88 16 37/38 Urgence : 05 61 18 87 66 TCE : 00165-612000071

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. ABDERRAHMANE SARIRE DU ROKIA, 75 - 16, Rue Kergorha, Residence Ambal - Casablanca Tél. 022 29 79 01	22/01/2020	841,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Dr. BELKHAyat KINESITHERAPEUTE 11, 05 22 25 28 57 - Casablanca N° Aut. 1341	4/2/2020 au 22/12/2020	12AM	9			841,60

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

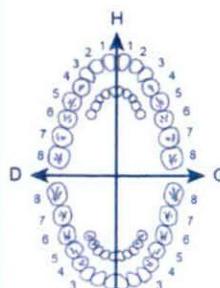
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 1111111111
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

### ODF PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553



#### [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 - 2 - 2020

1.

Admire

Fréqu

120,00

Redone

300 mg

100 mg

541,60

1 gél

250 mg vélvétine

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

S.V

255,00

Alyx

22,00  
22,00

S.V

22,00

Gels

S.V

PPC: 69,90 DHS  
FABIPHARM.SARL

Mohamed DRAOUI  
Traumatologique  
Riyad Hassan A  
Rabat  
N° 37/66 10 37/38  
Pot 37/66 05 61 18 87 66  
054512000071

36,990,71

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 26 72 73

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

E-mail : cliniquelacapitale@yahoo.fr

Site web : www.lacapitalemaroc.com

# 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 1800,00 (mille huit cent ~~DT~~)

Pour une série de 12 séances de rééducation

fréquuelle pour une lumbosciatalgie  
gauche.

Adressées à M. ACHOUR FARID

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

Welt 32. 200

T. Adewi Faïd

g, Subsistitv. Frak  
in (dys) place s. Lebun

Frakelle (adu) Lebun

+ ilicotscham k.m

nd. Genesi

Dr. Mohamed DRAOUI  
Chirurgien Traumatologue  
38, Av. Chellah, Rabat, 10000 Hassan A  
Tél.: 05 37 66 11 82 / 05 37 76 75 76 / 05 37 76 72 76  
Urgence : 05 37 86 18 51 66  
Fax : 05 37 76 72 73 - E-mail : cliniquelacapitale@yahoo.fr - Site web : www.lacapitalemaroc.com  
Patente : 25129079 - I.F. : 3303109 - CNSS : 6459368 - ICE : 001581124000031

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 05/10/2010

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 2926 e-mail : *tarbi.ac@rotual.fr* Phones : 0639971503

Nom et Prénom de l'adhérent : Achour Farid

Nom et Prénom du bénéficiaire : Ameur Farid

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : BELKHAYAT AÏT KINSEITHERAPEUTE

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.

M. ACHOUR FARID

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

12 séances

Année 2020

Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance	Date	Séance
4/2	1 <sup>e</sup>	21/2	11 <sup>e</sup>				
6/2	2 <sup>e</sup>	22/2	12 <sup>e</sup>				
8/2	3 <sup>e</sup>						
10/2	4 <sup>e</sup>						
11/2	5 <sup>e</sup>						
12/2	6 <sup>e</sup>						
14/2	7 <sup>e</sup>						
17/2	8 <sup>e</sup>						
18/2	9 <sup>e</sup>						
20/2	10 <sup>e</sup>						

BELKHATAT Majib  
BD KINFE-SITI-FIFI-UTER  
BD Abdelloumen 22 23  
Tel: 05 22 23 51 51  
Rue Saoufia  
1341 Casablanca