

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0007019

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7712 Société : MUPRAS / RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ABOUAFISSA AMINA

Date de naissance : 01/03/1961

Adresse : 7 Rue ISHAK IBN HANINE Maarif

Tél. : Total des frais engagés : 3750,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur N. AGOULANI
Médecin Physique, Rééducation et
Kinésithérapie - Médecine du Sport
28, bis Bd. 1^{er} Mars 1956 - Casablanca
Tél : 05 22 81 03 10 - Fax : 05 22 81 03 10

Date de consultation : 13/03/23

Nom et prénom du malade : ABOUAFISSA AMINA Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : parapésie + métabolisme

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 : Le : 13/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : AB

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
13.3.23		<u>FACTURE</u>		<p>Docteur Najib KHAOUANI Médecine Physique, Rééducation et Kinésithérapie - Médecine du Sport 28, bis Bd. Mouleins - Casablanca Tél.: 05 22 81 29 55 - Fax: 05 22 81 08 10</p>

Docteur Najib KHALOUA
Médecine Physique, Rééducation et
Kinésithérapie - Médecine du Sport
28, bis Bd. Moulay El Khatir - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 55 - Fax : 05 22 81 08 10

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
Docteur Naïb KHAOUAL Médecine Physique, Rééducations Kinésithérapie, Médecine du Sport 28, bis Bd. Moulay Idjadjer - Casablanca T : 21 81 29 55 - Fax : 05 21 81 08 10	13.03.23	Note d'honoraires			
		25 pecunes x 150 DH;			3750 DH

du Praticien

Docteur Nabil KHAOUANI

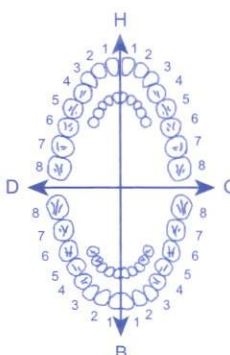
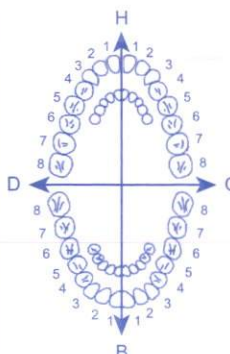
Médecine Physique, Rééducation
Kinésithérapie, Médecine du Sport
28, bis Bd. Moulouy Laksar - Constantine
Tel: 05 21 81 29 55 - Fax: 05 21 81 08 10

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D <table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> G <table border="1" style="font-size: small;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>																
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCOEFFICIENT 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>				
	[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

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 26/12/2022

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : e-mail : Phones :
 Nom et Prénom de l'adhérent : ABOUAÏSSA AMINA
 Nom et Prénom du bénéficiaire :

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :
 Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ABOUAÏSSA AMINA
 Nécessite
 Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) :
25 Arons = 25 x 100,2

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):

- Neuro du sein
 - métrite, médullaire
 -

Docteur Najib KHAOULANI
 Médecin de Physique, Rééducation et Sport
 Kinésithérapeute - Médecin de Spécialité
 28, bis Bd. Moulay Idriss Ier - Casablanca
 Tél. 05 22 81 29 55 - Fax : 05 22 81 08 10

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.

- **Consultation.**
- **Rééducation et réadaptation**
- **Appareillage**
- **Médecine du sport**
- **Prise en charge à domicile**

CENTRE MOULAY DRISS 1^{ER}

Médecine Physique et Rééducation

Dr. Najib KHAOULANI

28 bis, Bd. Moulay Idriss 1^{er} Casablanca
Tél.: 0522 812 955 - Fax : 0522 810 810

Nom: ABOUAÏSSA Prénom: AMINA

Nombre de Séances: 25/5

Date	Heure		Date	Heure		Date	Heure		Date	Heure	
02.1.23	10h	P	27.1.23	10h	P	24.2.23	10h	P			
04.1.23	10h	P	30.1.23	10h	P	27.2.23	10h	P			
07.1.23	10h	P	1.2.23	10h	P	30.2.23	10h	P			
09.1.23	10h	P	3.2.23	10h	P	08.3.23	10h	P			
13.1.23	10h	P	6.2.23	10h	P	12.3.23	10h	P			
16.1.23	10h	P	8.2.23	10h	P						
18.1.23	10h	P	12.2.23	10h	P						
22.1.23	10h	P	13.2.23	10h	P						
23.1.23	10h	P	15.2.23	10h	P						
25.1.23	10h	P	17.2.23	10h	P						

Docteur Najib KHACHANI
Médecine Physique, Rééducation et
Kinésithérapie - Médecine du Sport
28 bis Bd. Moulay Youssef - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 50

Dr KHAOULANI NAJIB
Médecine physique et rééducation

13/03/2023

NOTE D'HONORAIRES 017/2023

Nom/Prénom: ABOUAISSA AMINA

Nombre de Séances de rééducation 25(Vingt-Cinq)

Prix par Seances : 150,00DH

Total à payer: 3 750,00DH

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de :
Trois Mille Sept Cent Cinquante Dirhams

Docteur Najib KHAOULANI
Médecine Physique, Rééducation et
Kinésithérapie - Médecine du Sport
28, bis Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 55 - Fax : 05 22 81 08 10

28 bis, Bd Moulay Idriss 1er (en face ex-régie des tabacs) – Casablanca
Tél : 0522.81.29.55 Fax 0522.81.08.10

Docteur Najib KHAOULANI

Ancien assistant des Hôpitaux de Lyon
Spécialiste en médecine
physique et rééducation
Médecine du Sport

الدكتور نجيب الخولاني

خريج كلية الطب بليون
إختصاصي في الطب الفيزيائي و الترويض
في أمراض الروماتيزم و أمراض العظام و العضلات
الطب الرياضي

Casablanca le, 26-12-22 في الدار البيضاء

7^u - ABOUATISSA AFINA

- 25- Atanes de médecine
paraphysique sur méta
asthénie

30/ par

Docteur Najib KHAOULANI
Médecine Physique, Rééducation et
Kinésithérapie - Médecine du Sport
28, bis Bd. Moulay Idriss 1er - Casablanca
Tél.: 05 22 81 29 55 - Fax: 05 22 81 08 10

N° Dossier: 142450 
N° Dossier externe: ACC-07712-26/12/2022
Type de dossier: REEDUCATION 
Bénéficiaire: ABOUAISSA AMINA
Situation: En attente 
Sous-situation: --- 
Date de début: 26-12-2022 
Date de fin: 26-12-2022 
Date de saisie: 26-12-2022
Événement: 

Commentaires pour l'édition

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
28-12-2022	Manuel	OK ACC 25 SEANCES KINÉ SR PLANING