

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.



Declaration de Maladie

N° W19-511623

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **182002**

Matricule : **4456** Société : **KAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **MOURAL MOKHTAR**

Date de naissance : **13.12.61**

Adresse : **Habituels**

Tél. : **06 61 62 23 00** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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** Le : **01/02/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-511623

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 : **4456 Maryam**

Nom de l'adhérent(e) : **2400**

Total des frais engagés : **2400**

Date de dépôt :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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 27 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
				INP : <input type="text"/>

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
CENTRE EL BAKKALI KINESITHERAPE ET D'AMBIANCEMENT OUIDIA EL BAKKALI Residence EL MAJMAH A N°3 Route de Rabat Au Jebel Casablanca Tel. 022 34 26 21	03/02/2020	AMMg				2.400.000 Dhs

VOLET ADHERENT

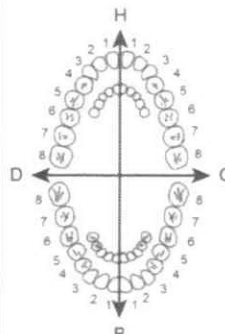
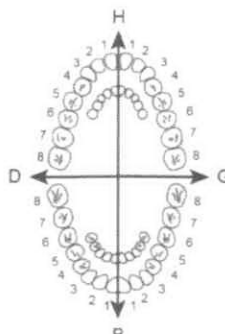
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</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 colspan="2">B</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																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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



وصفة
ORDONNANCE

ACC



Casablanca, le 22/11/2020

Mouhammad Marouf

Age : 18 ans

lycéen scolaire

18292

note 4486

CR
Appel le 29/01/2020

↳ doses de vaccine de
calicivirus - boum

Reefont + ply sobbb

CENTRE EL BAKKALI DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT

مركز البقالي للترويض الطبي وتخسيس الوزن

OUIDIANE EL BAKKALI

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Résidence EL MANAR Imm. (A) N° 3

Route de Rabat Ain Sebaâ

Casablanca

Tél. : 022 34 26 21

Patente N° : 30318286



وديان البقالي

مروضة طبية

إقامة المنار عمارة (أ) رقم 3

طريق الرباط عين السبع الدار البيضاء

الهاتف : 022 34 26 21

الضريبة التجارية : 30318286

Casablanca le : 23-01-2020 : في : الدار البيضاء،

DEVIS

N° 100927

Je soussigné, Mme Ouidiane EL BAKKALI Kinésithérapeute :

Nom et Prénom NOUBAL MARYAM

La Somme de 2400,00 MA

Pour 20 Séances de Reéducation

Signature

CENTRE EL BAKKALI DE KINESITHERAPIE
ET D'AMINCISSEMENT

OUIDIANE EL BAKKALI

Résidence EL MANAR Imm. A N° 3 Route de
Rabat Ain Sebaâ Casablanca, Tél. 022 34 26 21

CENTRE EL BAKKALI DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT

مركز البقالي للترويض الطبي وتخسيس الوزن

OUIDIANE EL BAKKALI

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Résidence EL MANAR Imm. (A) N° 3

Route de Rabat Ain Sebaâ

Casablanca

Tél. : 022 34 26 21

Patente N° : 30318286



وديان البقالي

مروضة طبية

إقامة المنار عمارة (أ) رقم 3

طريق الرباط عين السبع الدار البيضاء

الهاتف : 022 34 26 21

الضريبة التجارية : 30318286

Casablanca le : 05.02.2020 : الدار البيضاء، في

FACTURE N° : 1133

Je soussigné, Mme Ouidiane EL BAKKALI Kinésithérapeute :

Nom et Prénom M. OUBAL MARYAM

La Somme de 2400.00 DH

Pour 20 Séances de Rééducation

Signature

CENTRE EL BAKKALI DE KINESITHERAPIE
ET D'AMINCISSEMENT
OUIDIANE EL BAKKALI
Résidence EL MANAR Imm. (A) N° 3 Route de
Rabat Ain Sebaâ Casablanca Tél. 022 34 26 21

CENTRE EL BAKKALI DE KINESITHERAPIE ET D'AMINCISSEMENT

مركز البقالي للترويض الطبي وتخسيس الوزن

OUIDIANE EL BAKKALI

Kinésithérapeute - Physiothérapeute

Résidence EL MANAR Imm. (A) N° 3

Route de Rabat Ain Sebaâ

Casablanca - Tél. : 022 34 26 21

Patente N° : 30318286



وديان البقالي

مروضة طبية

إقامة المنار عمارة (أ) رقم 3
طريق الرباط عين السبع الدار البيضاء

الهاتف : 022 34 26 21

الضريبة التجارية : 30318286

CARTE DE SEANCES

- Patient : NOUBAL MARYAM
- A.T / A.S / Autres :
- Assurance : Police :
- Nombre de Séances : 20

JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.	JOUR	H.
① 23.01.2020	2020	⑪ 18.02.2020	2020				
② 25.01.2020	2020	⑫ 19.02.2020	2020				
③ 31.01.2020	2020	⑬ 20.02.2020	2020				
④ 05.02.2020	2020	⑭ 21.02.2020	2020				
⑤ 07.02.2020	2020	⑮ 24.02.2020	2020				
⑥ 08.02.2020	2020	⑯ 25.02.2020	2020				
⑦ 10.02.2020	2020	⑰ 26.02.2020	2020				
⑧ 12.02.2020	2020	⑱ 27.02.2020	2020				
⑨ 14.02.2020	2020	⑲ 28.02.2020	2020				
⑩ 17.02.2020	2020	⑳ 29.02.2020	2020				

En Cas d'Indisponibilité, prière aviser pour reporter votre séance.
Autrement les rendez-vous non respectés seront dûs, Merci.

MLT 4456
0661622300



DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

ACC

Le/...../20....

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule :	e-mail : Phones :
Nom et Prénom de l'adhérent :	
Nom et Prénom du bénéficiaire :	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : <u>Dr ELBAKKALI OUSmane</u>	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. <u>NOUBAL MARYAM</u>	
Nécessite	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <u>20 ATT13</u>	
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.



Radiologie Rayan



الفحص بالأشعة
الريان

CASABLANCA LE : 20/01/2020

Dr. Khalil LEBBAR

- Professeur Ass. de radiologie CHU (Rabat).
- Praticien certifié des hôpitaux Militaires du Val-de-Grâce (Paris).
- Ancien radiologue des hôpitaux Militaires des forces Armées Royales.
- Diplômé en radiodiagnostic et imagerie médicale de la faculté de Nancy

NOM ET PRENOM
PRESCRIPTEUR

Mlle MOUBAL MARYAM
Dr. ABOUCHANE MEROUANE

RACHIS ENTIER F+P

RESULTAT:

Discrète inflexion latérale à convexité droite du rachis lombaire, avec angle de courbure mesuré 8,7°

- **I.R.M 1,5 Tesla**
 - ~ Corps entier
- **Scanner 64 barrettes 3D**
 - ~ Angioscanner
 - ~ Biopsie Scanoguidée
 - ~ Arthroscanner
 - ~ Dentascanner
 - ~ Coloscanner
 - ~ Enteroscanner
- **Radiologie Numérisée**
- **Echographie**
 - ~ Doppler Vasculaire Artériel et Veineux
- **Mammographie - Tomosynthèse**
 - ~ Repérage stéréotaxique
- **Panoramique dentaire**
- **Osteodensitométrie.**

Confraternellement.
Dr LEBBAR

CHU DE CASABLANCA
Dr. Khalil LEBBAR
RADIOL-GENE