

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W19-520168

MJO

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	4236	Société :	RATI
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HARAKAT Wafa
Nom & Prénom : HARAKAT Wafa			
Date de naissance : 25/06/1954			
Adresse : Dar Falak Rue Sidi Aoufhi CIL Casablanca			
Tél. :	0663 444 000	Total des frais engagés : 5000,- Dhs	
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. Naoufal MAMOU Centre International d'Oncologie de Casablanca Oncologue - Radiothérapeute Route de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca Tél : 05 22 77 81 81			
Date de consultation :	02/08/22	Age:	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Neoplasie
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 : Casablanca

Le : 17/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Wafa

INL

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
02/06/2022	CP		60000	INP : 091164100 Dr. NAOUALI MANSOUR Centre International d'Oncologie de Casablanca Oncologue - Radiothérapeute Unité de l'Oasis, Rue des Alouettes - Casablanca Tel : 05 22 77 81 81

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	10/08/ 2022		20 Séances			5000 D.H.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Lé 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"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H		G		D	25533412 00000000	21433552 00000000	G	B		35533411 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H		G														
D	25533412 00000000	21433552 00000000	G													
B		35533411 11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

Casablanca, le.....

02/06/2022

Mme HARAKAT WAFA

drainage lymphatique

de Lymphocèle révélée suite IRM surveillance de néoplasie
du col opérée

20 séances

Dr. Naoufal MAMOU
Centre International d'Oncologie
Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81

CLINIQUE CALIFORNIE
SERVICE DE KINESITHERAPIE
545, Bd. Panoramique Californie CASA
Tél: 0522 40 80 80 / 0522 57 30 80
Fax: 0522 50 76 60

From: PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>
Sent: Monday, June 27, 2022 12:12:26 PM
To: Wafa Harakat Lakhdar <wharakat@hotmail.fr>
Subject: RE: Demande accord séances Kiné

Bonjour ,nous vous informons que votre demande pour un accord de rééducation est accordé veuillez trouver ci-joint :

N° Dossier:	119081
N° Dossier externe:	ACC-04236-15/06/2022
Type de dossier:	REEDUCATION
Bénéficiaire:	HARAKAT WAFA
Situation:	En attente
Sous-situation:	---
Date de début:	15-06-2022
Date de fin:	15-06-2022
Date de saisie:	15-06-2022
Événement:	

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [▼]

Date	Type	Commentaire
15-06-2022	Manuel	LYMPHOCELE OK POUR 20 S KINE

De : Wafa Harakat Lakhdar <wharakat@hotmail.fr>

Envoyé : mercredi 15 juin 2022 13:43:54

À : PRISE EN CHARGE

Objet : Demande accord séances Kiné

Bonjour,

Je vous prie de trouver ci-joint pour accord les éléments suivants :

- Le CR d'une IRM abdomino-pelvienne réalisée le 12.05.2022
- Une ordonnance de mon oncologue prescrivant 20 séances de drainage lymphatique suite détection lymphocèle par IRM.

Merci de votre retour.

Cordialement
HARAKAT Wafa
Matricule 4236



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

FACTURE

FACTURE N°C0183/2022 DU 10/08/2022

Patient	Medecin traitant	Date de consultation
HARAKAT WAFA	DR MAMOU NAOUFAL	10/08/2022
Matricule	Assurance	P.C.N°
	MUPRAS	

LIBELLE	Qté	Prix U.	Montant
DRAINAGE LYMPHATIQUE	20	250,00	5 000,00
TOTAL CLINIQUE			5 000,00
TOTAL HONORAIRE			0,00
Montant Total	5 000,00		
		Réglés	5000,00 Dhs
		Restant	0,00 Dhs
Arrêté la présente facture à la somme de :			
CINQ MILLE DIRHAMS ET ZERO CENTIMES			

CLINIQUE CALIFORNIE
SERVICE DE KINESITHERAPIE
545, Bd. Panoramique California CASA
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 98



مصحة " كاليفورنيا " الدار البيضاء

Urgences Médico-Chirurgicales 24h / 24h

مستعجلات 24\24 ساعة

Calendrier des séances de drainage lymphatique effectuées pour Mme HARAKAT WAFA
sur ordonnance de DR MAMOU NAOUFAL le 02/06/2022.

28/06/2022 : séance 1
30/06/2022 : séance 2
02/07/2022 : séance 3
04/07/2022 : séance 4
06/07/2022 : séance 5
08/07/2022 : séance 6
12/07/2022 : séance 7
14/07/2022 : séance 8
16/07/2022 : séance 9
18/07/2022 : séance 10
20/07/2022 : séance 11
22/07/2022 : séance 12
25/07/2022 : séance 13
27/07/2022 : séance 14
29/07/2022 : séance 15
01/08/2022 : séance 16
03/08/2022 : séance 17
05/08/2022 : séance 18
08/08/2022 : séance 19
10/08/2022 : séance 20

CLINIQUE CALIFORNIE
SERVICE DE KINESITHERAPIE
45, Bd. Panoramique Californie CASA
Tél: 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55
Fax: 0522 50 76 98