

## 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 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-520168

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

4236

Société :

RAT

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

HARAKAT Wafa

Date de naissance :

25/06/1974

Adresse :

Der Dalak Rue Ikel Agourki  
C/L Casablanca

Tél. :

0663444000

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 :

02/06/22

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Neoplasie - Cancer

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 :

Cas

Le :

15/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

IN



# 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

02/06/22				INP : 00000000

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

# 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	

	10/08/2022					5000 DH

20 séances

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

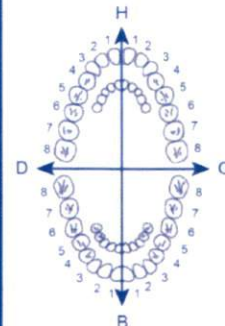
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



INP : 00000000

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

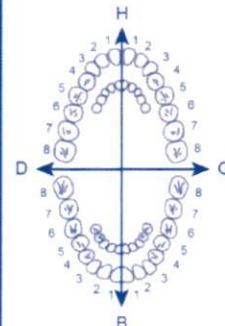
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca  
المركز الدولي لعلاج الأورام بالبيضاء

Dr. Naoufal MAMOU  
Oncologue - Radiothérapeute  
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

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 CASABLANCA

Tél: 0522 48 80 80/0522 50 76 88

Fax: 0522 50 76 88

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : [info@ciocasablanca.ma](mailto:info@ciocasablanca.ma)

Site web : [www.ciocasablanca.ma](http://www.ciocasablanca.ma)



**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



# مصلحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "California"

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

Régles

5000,00 Dhs

Restant

00,00 Dhs

Arrêté la présente facture à la somme de :

CINQ MILLE DIRHAMS ET ZERO CENTIMES

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

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca - الدار البيضاء - كاليفورنيا - المنظر العام - 545

الضمان الإجتماعي : 6878071 - C.N.S.S. - التعريف الجبائي : 1051533 - I.F : 34270002 - Patente : السجل التجاري : 377465 RC :

Tél : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 : الهاتف - Fax : 0522 50 76 98 : الفاكس ICE 001741188000041

الموقع الإلكتروني : Site web : www.cliniquecalifornie.net - العنوان الإلكتروني : E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com





# مصحة "كاليفورنيا" الدار البيضاء - Clinique "Californie"

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

545 , Boulevard Panoramique - Californie - Casablanca - الدار البيضاء - كاليفورنيا - المنظر العام - 545

الضمان الإجتماعي : 6878071 - C.N.S.S. - التعريف الجبائي : 1051533 - I.F. - الضريبة المهنية : 34270002 Patente : السجل التجاري : 377465 RC :

Tél : 0522 50 80 80 / 0522 52 55 55 : الهاتف - Fax : 0522 50 76 98 : الفاكس ICE 001741188000041

الموقع الإلكتروني : Site web : www.cliniquecalifornie.net - العنوان الإلكتروني : E-mail : cliniquecalifornie@gmail.com