

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-792573

151779

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 10513 Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : Louafi SAID		
Date de naissance : (16/04) 1971		
Adresse : LOT BLAD CHAMA, N° 404/47		
Tél. 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 1550,02 Dhs		

Autorisation CNUP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
		
Date de consultation : 01.03.2023		
Nom et prénom du malade : Louafi HASSAN MOHAMED ALI		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : Crampes		
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 : SASA Le 04/03/2023		
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
01-03-13	V3	—	30014	INP : 091169168 Dr. Noureddine HILAL JN' A' M' 13 10 Avenue Lalla YACINE CASABLANCA T. 0522 26 43 32 / INP : 9 11 69 20 8

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

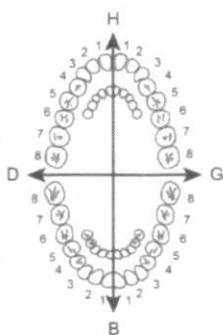
ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

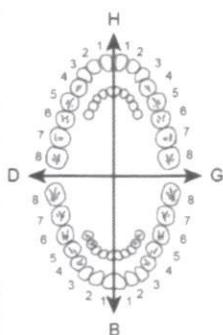
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
SISSILOU IMANE ORTHOPHONISTE ADHERENT	30/03/2013					5 x 250 = 1250,00 DH

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Dr. Noureddine HILAL
Neuroclinique
50 Avenue Lalla-YOUSSEF - EL-JEDEC
Tél: 0522 26 43 32 / INP: 09 11 69 26 8

Casablanca, le 01.03.2023

Docteur :

Monsieur Ameur. Je vous
prie de vous adresser à l'enfant
Louafi HASSE Mohamed GHANI
âge de 04 ans. En prenant
en compte d'acquérir et
d'exprimer du langage avec
me. - Sensibilité oreille SC.
je vous adresse les
symptômes d'orthophonie et
Dyslexie et dysorthographie

Dr. Noureddine HILAL
Neuroclinique
50 Avenue Lalla-YOUSSEF - EL-JEDEC
Tél: 0522 26 43 32 / INP: 09 11 69 26 8



Slilou imane Orthophoniste
Formée en communication concrete et
visualisée à EDI Vallauris
Formée en PECS à Pyramide Paris
Ex éducatrice spécialisée en ABA,
supervisée par la clinique ABA Montréal,

Date : 30 / 03 / 2022

Facture numéro 01 / 2023

Patient : LOUAFI HAJ MOHAMED GHALI

Désignation	Quantité	Prix unitaire	Total
Séance d'orthophonie	05	250.00dh	1250.00DH

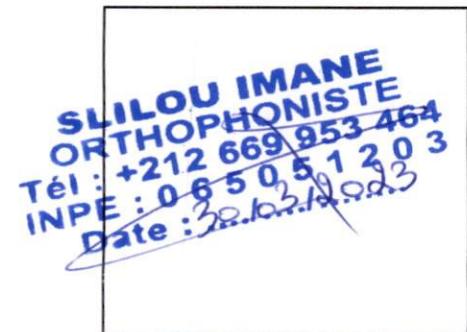
Montant en dirhams
(Hors champ de la TVA¹)

Total Net à payer 1250.00dh

ARRETE-LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Milles deux cents cinqante dirhams

Signature :



¹Art 89 – II – 1° - c, Code Général des Impôts.

Slilou imane CNIE : F463026.
ICE (N° d'inscription au registre national de l'auto-entrepreneur) : 002923706000090
IF : 50565107 Taxe professionnelle N° : 32964612
TEL : 06 69 95 34 64 Mail : isliou@gmail.com

Calendrier de séances d'orthophonie

Nom et prénom du patient : LOUAFI HAJ MOHAMED GHALI

Date de la séance	Numéro de la séance
02/03/2023	1
09/03/2023	2
16/03/2023	3
23/03/2023	4
30/03/2023D	5

~~SLILOU IMANE
ORTHOPHONISTE
Tél : +212 669 953 464
INPE : 0 6 5 0 5 1 2 0 3
Date : 30/03/2023~~

Slilou imane
ICE (N° d'inscription au registre national de l'auto-entrepreneur) :
IF : 50565107 Taxe professionnelle N° : 32964612
TEL : 06 69 95 34 64 Mail : isliou@gmail.com
CNIE : F463026.
002923706000090