

## 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° W21-792573

151779

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10513 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : LOUAFI SAID

Date de naissance : 16/04/1971

Adresse : LOT BLAD CHAMA 45404A

Tél. : 0610866586 Total des frais engagés : 1550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01.03.2023

Nom et prénom du malade : LOUAFI HAS Mohamed Ali Age : 51 ans

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

Nature de la maladie : Sinistre

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 05/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :

# 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
01-03-23	V3	—	300124	INP : 0911169168 Dr. Nouredine HILAL 10 Avenue Lalla Yacout ALGER Tél: 0522 26 43 32 / INP: 09 11 69 26 8

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

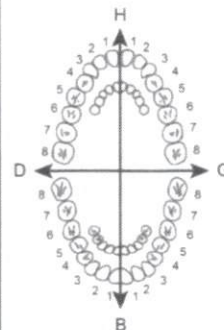
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

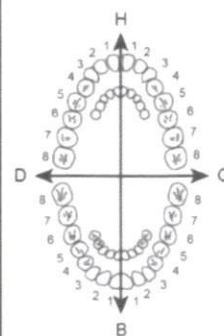
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	30/03/2023					5 x 250 =
						1250,00 DH

ADHERENT

\* 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
00000000	00000000
B	
D 00000000	G 00000000
35533411	11433553

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

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

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





# مصلحة الجهاز العصبي

## NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Dr. Nouredine HILAL  
50 Avenue Lalla Yacout - Etage - CASABLANCA  
Tél. 0522 26 43 32 / INP : 09 11 69 26 8

Casablanca, le 01.03.2023

Docteur :

Monsieur Avenue. Je me  
plai de vous adresser l'enfant  
LOUAFI HAS Mohamed GHAI  
âgé de 04 ans. Si possible  
je retard. d'ecographie et  
d'expression du langage avec  
me. Smelter oreille de  
je vous l'adresse via la  
SARL de l'orthophonie et  
Duke e chape (S. S. S. S. S.)

Dr. Nouredine HILAL  
50 Avenue Lalla Yacout - Etage - CASABLANCA  
Tél. 0522 26 43 32 / INP : 09 11 69 26 8



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

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 TVA<sup>1</sup>)

Total Net à payer 1250.00dh

ARRETE-LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

# Mille deux cents cinquante dirhams ..... #

Signature :

**SLILOU IMANE**  
**ORTHOPHONISTE**  
Tél : +212 669 953 464  
INPE : 065051203  
Date : 30.03.2023

<sup>1</sup>Art 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 : 06 50 51 20 3  
Date : 30/03/2023

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