

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° W21-712916

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12310 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAM SAM IBTISSAM
 Date de naissance : 15-07-1984
 Adresse : DR ABD SLAM YINNE OULAD SALEH
 NOUACEUR
 Tél. : 0660 38 85 30 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : TAOUDI GORIS TAHA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : ORTOPHONIE
 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 : 31/12/22
 Signature de l'adhérent(e) : Le : 31/12/22

Autorisation CNEDP N° : A-A-215/2019

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 Pharmacien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>Sana Bensouda Orthodontiste 203 - Panoramique - Casablanca Tél: 0661 11 11 / 0522 21 48 39</p>	20/05/09/22					250,00 x 25 = 6250,00 ff

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 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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														

t et adulte

771

mail.fr



Casablanca, Le 31 Decembre 2022

TAOUDI TAHA

Facture N° 000039/2022

DESIGNATION	Prix Unitaire	Prix Total
Vingt cinq séances de rééducation orthophonique effectuées le: 05/09/2022; 08/09/2022; 12/09/2022; 15/09/2022; 19/09/2022; 22/09/2022; 26/09/2022; 29/09/2022; 03/10/2022; 06/10/2022; 17/10/2022; 20/10/2022; 24/10/2022; 27/10/2022; 31/10/2022; 03/11/2022; 07/11/2022; 10/11/2022; 14/11/2022; 17/11/2022; 21/11/2022; 24/11/2022; 28/11/2022; 01/12/2022; 05/12/2022	250,00	6 250,00
Total		6 250,00

Arrêté la présente facture à la somme de
" SIX MILLE DEUX CENT CINQUANTE Dirhams "

Sanaa BENSOUDA
Orthophoniste
203 Bd Panoramique - Résidence panoramique 2 -
4ème étage, Appartement n° 43
Casablanca
Tél: 0661 11 67 71 / 0522 21 48 39

203 Bd Panoramique - Résidence panoramique 2 -
4ème étage, Appartement n° 43
Casablanca

IF 25015975 - TP 34000279 - ICE 002033025000043 CNSS 5874327 INPE 065043036

COPIE DE L'ORDONNANCE L'ORIGINALE
DANS LE DOSSIER DE PRISE EN CHARGE



Cabinet de Pédopsychiatrie

MERCI

Docteur Nawal IDRISSE KHAMLI

Pédopsychiatre - Psychothérapeute
Bébés - Enfants - Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
- Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة نوال إدريسي خمليشي

طبيبة ومعالجة نفسانية للأطفال
رضع - أطفال - مراهقين

- * خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- * طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال
- * طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Ordonnance

Le : 13/04/2021

TAOUBI IDRISSE Taïeb

30 séances de rééducation
orthophonique.

Dr. Nawal IDRISSE KHAMLI
Pédopsychiatre
6, Rue Sidi Brahim RDC n° 3
Gauthier - Casablanca
INPE: 097 189589
Tél: 0522 204 620 06 10 89 04 26

