

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

- 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



Déclaration de Maladie

N° W19-572879,

complémentaire

59412

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13168

Société :

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FOUSI Abbes

07/10/1990

Date de naissance :

Adresse : 55, Impasse IBnou Kateri, Res Amine B
EFA Apt 401, Maanif, Casablanca

Tél. : 0668558881

Total des frais engagés : 11900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Alya Fousi Age: 21 mois

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e)

12 FEV. 2021

Le : 11/02/2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-572879

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 13168

Fousi Abbes

Nom de l'adhérent(e) :

11900 Dhs

Total des frais engagés :

11/02/2021

Date de dépôt :

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Etablir une feuille de soins par personne et par maladie

- La feuille de soins doit comporter les cachets du médecin traitant, le nom et le prénom de la personne soignée (bénéficiaire) inscrits de la main du médecin traitant.
- La feuille de soins doit être accompagnée de l'ordonnance médicale prescrivant les médicaments, examens de radiologie et de laboratoire, ainsi que toutes les pièces justificatives factures des examens effectués ainsi que les résultats et comptes rendus y afférent qui doivent être mis sous pli confidentiel.
- Le nom et prénom de la personne malade doivent obligatoirement être portés par les praticiens eux-mêmes, sur chaque pièce transmise.
- Toutes les pièces concernant une maladie doivent être remises dans les trois mois au plus tard suivant la date d'ordonnance médicale.
- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, lieu, date et heure.
- Les prospectus et PPM concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, la feuille de soins doit être accompagnée d'une facture acquittée sur laquelle devront être précisés, s'il ne s'agit pas d'un forfait, la cotation des actes, la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de la pharmacie.
- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin contrôleur.
- ALD-ALC : Afin de pouvoir bénéficier des avantages, en terme de remboursement, correspondants à cette catégorie, l'adhérent doit déclarer la maladie en remettant les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC 2-pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie ; - les résultats des explorations.
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'agent doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés non amendées par cachet du médecin, ne sont pas acceptées.

 VOLET DÉTACHABLE FEUILLE DE SOINS	
<p>Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation éventuelle.</p>	
Matricule :	16094128
N° RCAR :	16094128
Nom et prénom de l'agent :	
Date de consultation :	
- Total des Frais engagés :	
Date de dépôt :	
Exemplaire à conserver par l'agent	



FEUILLE DE SOINS ET DE PRESCRIPTIONS MÉDICALES

N° 6094128

Agent en activité Agent en retraite

Maladie Maternité ALD - ALC Accident Médecine de travail

REmplir par l'AGENT (Ainsi que les deux volets intérieurs)

Nom et prénom de l'agent

Khamlach Soukaina

N° RCAR

MA103231

Matricule

117630

Adresse de l'agent

11 Lok Khay

Ville

Agymour

N° Tél.

0673663614

Signature de l'agent

Soukaina

Casablanca 28/09/202

REmplir par le Médecin (Renseignements concernant le patient)

Qui est malade ? Agent Agent Retraité Conjoint Enfant

Nom et prénom du patient

Faiss Alya

Date de naissance

21/04/2019

Nature de la maladie à préciser obligatoirement sous pli confidentiel, adressé au médecin contrôleur

S'il s'agit d'un accident, en indiquer la cause

Etat psychomotricien

Médecin traitant

N° INP 09185430

DETAL DES SOINS (À remplir par le médecin)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
18/09/2020			6.	M

RÉSERVÉ HÔPITAL ET CLINIQUE (Joindre facture détaillée et acquittée)

Date des actes médicaux	Désignation des actes suivant nomenclature	Acte	Durée séjour	Montant honoraire

EXÉCUTION DES ORDONNANCES (À remplir par le pharmacien et/ou l'opticien)

Date de l'ordonnance	Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture

ANALYSES - RADIOPHYSIES

Date de l'ordonnance	Coefficient / valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

ACTES MÉDICAUX OU PARAMÉDICAUX - AUXILIAIRES MÉDICAUX

<input type="checkbox"/> Devis	Nombre de séances :	28	Etabli le : 21/09/2020
<input checked="" type="checkbox"/> Facture	Nombre de séances :	1	Etablie le : 23/09/2020

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien
23/09/2020	1	700dhs	Kenza EL MENNAR Psychomotricité Tél: 06233244079
23/09/2020 c/1/10/21	28	11 200dhs	24/09/2020 Kenza EL MENNAR Psychomotricité Tél: 06233244079

CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL

Médecin contrôleur

Demande en bilingue à faire par l'agent au pharmacien

Dr Meriem MELLACHE
Service Médical

0610118024

Exemplaire à conserver par l'entité de dépôt

Exemplaire à conserver par l'agent



DR AAF BENITTO
PEDIATRE – NEUROPIADIATRE

CACHET ET SIGNATURE

CASABLANCA LE 18/09/2020

L'ENFANT Fouzi Alya

NÉ(E) LE 28/08/2012

ET PRÉSENTANT un léger retard psychomoteur (ambulant)

psdne

NECESSITE:

- UNE RÉÉDUCATION EN **ORTHOPHONIE** AU RYTHME DE 1 SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE 1 SÉANCES.
- UNE RÉÉDUCATION EN **PSYCHOMOTRICITÉ** AU RYTHME DE 2 SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE 28 SÉANCES.
- UNE RÉÉDUCATION EN **KINÉSITHÉRAPIE** AU RYTHME DE 1 SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE 1 SÉANCES.
- UNE RÉÉDUCATION EN **REMÉDIATION COGNITIVE** AU RYTHME DE 1 SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE 1 SÉANCES.
- UNE PRISE EN CHARGE **PSYCHOLOGIQUE** AU RYTHME DE 1 SÉANCES/SEMAINE, ET AU NOMBRE TOTAL DE 1 SÉANCES.

*Kenza ELMENYAR
Psychomotricité
Tél : 0623 24 40 79*





Cabinet de psychomotricité & thérapie PADOVAN

Casablanca - Paris

Devis N° act/2e.

Fait à Casablanca, le 23/09/2020

Devis pour 28 séances de psychomotricité

du 30/09/2020 au 31/12/2020 à raison

de deux séances par semaine pour l'enfant
Alya Farsi

Prix d'une séance : 100 dh

Prix de 28 séances : 1100 dh

Kenza ELMENYAR
Psychomotricité
Tél : 0623 24 40 79

120, boulevard d'Anfa et angle rue d'Algérie, 10ème étage No 33.
Tel: +212 623 24 40 79 / Whatsapp : +33 666 68 74 429
Casablanca - Maroc

FACTURE N°

5

Kenza ELMENYAR
Psychomotricité
Tél : 0623 24 40 79

Mme Alya Farsi

n° TVA intra-communautaire IF 4589 53 93

n° TVA intra-communautaire QC 25 89 15 00 00063

le 23/09 2020

EXACOMPTA

1 Bilan psychomoteur 2020

RÈGLEMENT pour le _____ Conditions d'escompte pour paiement anticipé _____
En cas de retard de paiement, il sera appliquée des pénalités égales à trois fois le taux de l'intérêt légal ainsi qu'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 € (Code de Commerce - Article L441-6 / Décret n° 2012-1115 du 2 octobre 2012).

Kenza EL MENYAR
Psychomotricité
Tél: 0623 24 40 79

FACTURE N° 30



Cabinet de psychomotricité & thérapie PADOVAN

Casablanca - Paris

Mme Alya Fouzi

Int TVA intracommunautaire

n° TVA intracommunautaire 0025891560003

le 01/01 2021

EXACOMPTA

28 séances de
psychomotricité

Total:

$$28 \times 400 = 11200 \text{ dhs}$$

RÈGLEMENT pour le _____ Conditions d'escampte pour paiement anticipé _____

En cas de retard de paiement, il sera appliquée des pénalités égales à trois fois le taux de l'intérêt légal ainsi qu'une indemnité forfaitaire pour frais de recouvrement de 40 € (Code de Commerce - Article L441-6 / Décret n° 2012-1115 du 2 octobre 2012).

Kenza EL MENYAR
PSY 0623 24 40 79

Devis N°...../.....

Fait à Casablanca, le 01/01/2021

Calendrier des séances de l'enfant

Alya Fouzi

06/10/20	07/10/20	08/10/20
13/10/20	14/10/20	15/10/20
20/10/20	21/10/20	22/10/20
27/10/20	28/10/20	03/11/20
03/11/20	04/11/20	15/11/20
10/11/20	11/11/20	16/11/20
17/11/20	18/11/20	22/11/20
24/11/20	25/11/20	23/12/20
		29/12/20
		30/12/20
		31/12/20
		01/01/21

120, boulevard d'Anfa et angle rue d'Algérie, 10ème étage No 33.

Tel: +212 623 24 40 79 / Whatsapp: +33 666 874 429

Casablanca - Maroc

DETAIL DU DOSSIER

POLICE..... 0600995978
 N° MAT/ RCAR..... H7630
 ADHERENT..... KHAMLACH SOUKAINA
 CERTIFICAT..... 58365
 LE PATIENT..... FOUSI ALYA
 CATEGORIE..... 01
 HANDICAPE O/N...
 LIEU HOSPIT.....
 VILLE HOSPIT.....

FEUILLE DE SOINS N° 18299649 X
 CONSULTATION MEDECIN DU 6/01/2021
 RECUE A LA COMPAGNIE LE... 12 / 01 / 2021
 NATURE DE LA MALADIE..... RÉED VISÉ
 FRAIS ENGAGES..... 11900,00
 SINISTRE N°..... 0019138799
 REGLE LE 20/01/2021
 MODE DE REGLEMENT..... PAR VIREMENT
 N° DE COMPTE 007176000642900030330973
 BANQUE / AGENCE
 VILLE.....

N° D'EMISSION du
 Date retour du règlement Date restitution Date réactivation

SORT. RVAC

CODE PRESTA	PRESTATION	NBR	COEF	FRAIS ENGAGES	MONTANT NON REMB.	REGIME DE BASE	REMBS. COMPAGNIE	OBSERVATION
514	K.MEDICAL MEDECIN	1	36,00	700,00		648,00	52,00	
770	REEDUC.KINESITH "AMM"	28	1,00	11200,00		3360,00		

11 900,00 4 008,00 52,00

CORRESPONDANCES DOSSIER

RETOUR ECRAN PRECEDENT

ASSURANCE
 Service Maladie
 Tel: 05 23 34 20 70
JADIDA