

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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-643381

59355

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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 :

Le : 13/07/2021

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
				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 Particien

Date des Soins

Nombre
AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

Orthophoniste
RES. ES. 173
B. Y. 145 582

du 22/02/21
au 26/07/24

30 séances
d'orthophonie

30
x 250
7500,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

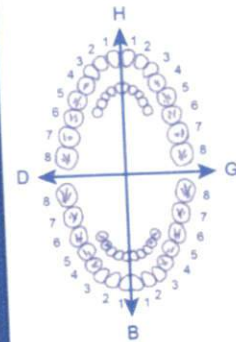
SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient

INP :



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

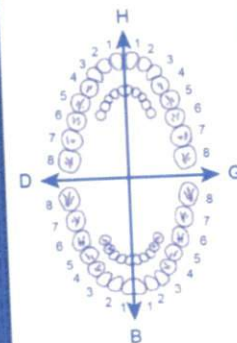
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Jihane ZEMMAMA

Orthophoniste diplômée de l'université de Malaga, Espagne
Mastère spécialisé en troubles des apprentissages
Prise en charge des troubles de la cognition logico-mathématiques

Casablanca, le 12/07/2021

FACTURE

PATIENT(E) : Hiba LAHLALI

Facture pour 30 séances de P.E.C orthophonique dans le cadre
d'un du langage oral.

de 30 séances à 250 la séance soit un total
de **7500 dirhams.**

sept mille cinq cents

Les séances ont été effectuées aux dates suivantes:

Février : 22 et 25

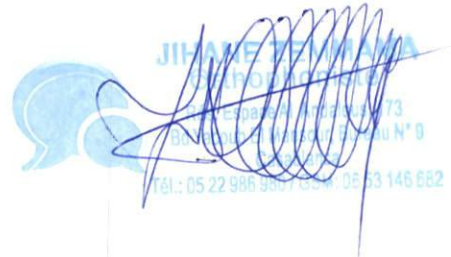
Mars : 1, 11, 15, 18, 22, 25, et 29

Avril : 5, 8, 15, 19, 22, 26, et 29

Mai : 3, 6, 10, 17, 24, 27, et 31

Juin : 10, 14, 17, et 24

Juillet : 1, 5 et 12


JIHANE ZEMMAMA
Orthophoniste
Espace El Andalous, Bureau n°9
Casablanca, Maroc 2019
Tél: 05 22 986 980 - 06 53 146 682

173, Bd Yacoub El Mansour, résidence Espace El Andalous, Bureau n°9, Casablanca

05 22 986 980 - 06 53 14 66 82

jihane.zemmama@gmail.com

TP: 35802690 ICE: 001788981000021 IF: 18726657



Nº W19-589437

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8979

Société

RAM

☒ Actif☐ Pensionné(e)☐ Autre :

Nom & Prénom :

LAHLA13

Able P. Prakin

Date de naissance

22-07-69

Adresse :

123 belk me Sidi maar f. CASA

Tél. :

0661322370

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

72-02-23

Nom et prénom du malade :

LAHLAIG. Hiba

Age:

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 pl 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) :

Le : 01/04/21

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Nº W19-589437

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Dr. Salma LIEMLAHI

Spécialiste des maladies Nouveau Né,
Nourissons et Enfants.



كتورة سلمى اليملاحي

سببة في أمراض الطفل والرضع

Asthme – Allergologie

- Diplômée de l'Université de Grenade - Espagne
- Ancienne attachée au CHU de Grenade - Espagne
- Ex-chef de service de pédiatrie à l'Hôpital Hassani à Casablanca

الحساسية

- جامعة غرناطة - اسبانيا
- سابقة بالمستشفى الجامعي بغرناطة - اسبانيا
- سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسني البيضاء

Casablanca, le : 10 FEB 2021 : الدار البيضاء, في

Kahloul. H. M.

Scams d'Allegria

X 30 dec

Do: Dyle x e

~~Dr. Salma LIEMLAHI
PEDIATRE
Imm. BC, 3ème étage, N°31
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 58 34 10 / 0522 06 16 46~~

(Sur rendez-vous)

0522583410 – drliemlahiepediatre@gmail.com

Angle Bd. Al Qods et Bd. Aboubakar Al kadiri, Imm. BC, 3^{ème} étage, N°31
Sidi Maarouf-Casablanca (en face du rond point Al Moustakbal)

Jihane ZEMMAMA

Orthophoniste diplômée de l'université de Malaga, Espagne
Mastère spécialisé en troubles des apprentissages
Prise en charge des troubles de la cognition logico-mathématiques

Casablanca, le 11/02/2021

DEVIS

PATIENT(E) : Hiba LAHLALI

Devis pour 30 séances de P.E.C orthophonique dans le cadre
d'un trouble des apprentissages.

30 séances à 250 la séance soit un total
de **7500 dirhams.**

sept mille cinq cents

Ne seront facturées que les séances effectuées et acquittées.

JIHANE ZEMMAMA
Orthophoniste
173, Bd Yacoub El Mansour, Bureau N°9
Casablanca
Tel: 05 22 986 980 / GSM: 06 53 14 66 82

173, Bd Yacoub El Mansour, résidence Espace El Andalous, Bureau n°9, Casablanca

05 22 986 980 - 06 53 14 66 82

jihane.zemmama@gmail.com

TR: 25802690 ICF: 001788981000021 IF: 18726657

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 22/02/2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 8979	e-mail : lahlali.hakim
Nom et Prénom de l'adhérent : LAHLALI ABDEL HAKIM	Phones : 0661322370
Nom et Prénom du bénéficiaire : LAHLALI Youssef	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : <i>[Signature]</i>	
Estime quel état de santé de Mlle, Mme, M. <i>[Signature]</i>	
Nécessite <i>[Signature]</i>	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient) <i>Ex Dgo = 20.000</i>	
Une hospitalisation de (approximatif) <i>[Signature]</i>	
A (préciser l'établissement hospitalier) <i>[Signature]</i>	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):	
Cachet, date et signature du praticien	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Dossier envoyé par mail le 22/02/2021 et accordé