

# 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.

N° W21-643381

59355

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
*8979*

Matricule : *8979* Société : *RAT*

Actif       Pensionné(e)       Autre : *LAHLALI* *Abdelhakim*

Nom & Prénom : *LAHLALI* *Abdelhakim*

Date de naissance : *22-07-69*

Adresse : *223 belle rue Sidi maamf casa*

Tél. : *0661 32 23 70* Total des frais engagés : *0* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *LAHLALI* *HIBA ACCUEIL* Age : *09*

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie : *Dyslexie*

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 : *CASA*

Signature de l'adhérent(e) :

Le : *13/07/2021*

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

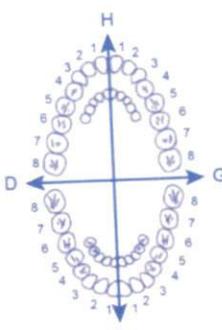
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier MAMA	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
JHH	du 22/07/21 au 23/07/21	21	30	30 séances		30 x 220
Orthophoniste REF : 12345678901234567890 DÉPARTEMENT DE LA DORDOGNE TÉL : 05 53 145 682				10 séances		750,00€*

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### **Important :**

**Important :** Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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"/>						
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	D	B	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	G										
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553										
D	B										
		<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>						
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>						
											

VISA ET SACHET 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.

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



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



## Déclaration de Maladie

N° W19-589437

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	8379	Société :	RAM.
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Ableddakim
Nom & Prénom : LAHLAIS			
Date de naissance :	22-07-69		
Adresse :	123 boulevard Sidi maamou - CASA.		
Tél. :	0661322370	Total des frais engagés :	411,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	22-02-21
Nom et prénom du malade :	LAHLAIS Hiba
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> 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 p/confidential 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 : 01/04/21  
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W19-589437
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 :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

Dr. Salma LIEMLAHI

**Spécialiste des maladies Nouveau Né,  
Nourrissons et Enfants.**



كتورة سلمى اليملاحي

رسالة في أمراض الطفل والرضيع

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 - إسبانيا

سابقة لقسم الأطفال بمستشفى الحسني

السُّنْنَةُ

الدار البيضاء، في : ١٨ فبراير ٢٠٢١ Casablanca, le : 18 FEB 2021

Lakshmi. H.C.W

Scales of the file

X 30 Dec 19

Do: Dyslexie

~~Poste Restante  
P.D.L. Ltd.  
16/05/1978  
S.M. Makarow  
GDR  
Reichspost  
Feldpostamt  
Norddeutsche Akademie  
Bremen~~

(*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, Espace El Andalous, 173  
Résidence Espace El Andalous, Bureau N°9  
Bd Yacoub El Mansour, Bureau N°9  
Casablanca  
Tel.: 05 22 986 980 / GSM: 06 53 146 652

# DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 22/02/2021

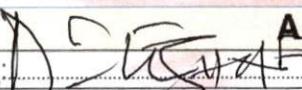
## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 8979 e-mail : Lahlahi.hakim Phones : 0661322370

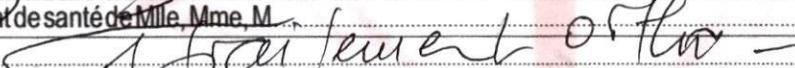
Nom et Prénom de l'adhérent : LAHLALI ABDEL HAKIM

Nom et Prénom du bénéficiaire : LAHLALI Youssef

## A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné : 

Estime que l'état de santé de Mlle. M.

Nécessite 

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

$6 \times D90 = 20.000$

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

## STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

CL. NOUVEAU Centre d'affaires Allal Ben Abdellah  
22a. Sidi Mohammed Ben Abdellah - Casablanca  
Tél 0522 20 45 45 - Fax 0522 22 78 18  
Email : pec@mupras.com

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.