

## 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

- 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.

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° W21-630090

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12327 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : MDAGHRI FILALI NOUNIR  
 Date de naissance : 09/03/1985  
 Adresse : 09 CASABLANCA  
 Tél : 0661087775 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Nawal IDRISSE KHAMLI  
 Pédiopsychiatre  
 6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3  
 Gauthier - Casablanca  
 INPE: 091189589  
 Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26

Date de consultation : 31/05/2021

Nom et prénom du malade : MDAGHRI FILALI LAR Age:

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

Nature de la maladie : Trouble de la communication et de la langue

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 : 30/05/2021

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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 31 MAI 2021     | c                 |                       | 40000                           | INP : 091189589<br>Dr. Nawal IDRISSE KHAMLI<br>Pédopsychiatre<br>6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3<br>Gauthier - Casablanca<br>INPE: 091189589<br>Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|--|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
| Veronique SERVANTIE<br>ORTHOPHONISTE<br>60, Rue Nabouls Maarif Extension<br>Casablanca | 24/08/2021     |        |    |    |    | 1500,00 DHS                     |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |
|  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 : <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   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> |                  |  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                            | H   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | 25533412  | 21433552         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | G   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | 00000000  | 00000000         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | 35533411  | 11433553         |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | B   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |   |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |   |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                            |   |                  |  |  |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Cabinet de Pédopsychiatrie

Docteur Nawal IDRISSI 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

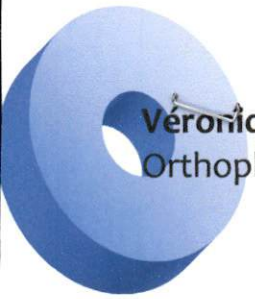
Le : 31 MAI 2021

ADAGHRE Khamli Lina

→ Bibo ortho phonie

Dr. Nawal IDRISSI KHAMLI  
Pédopsychiatre  
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3  
Gauthier - Casablanca  
INPE: 091189589  
Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26





**Veronique SERVANTIE**  
Orthophoniste

M DAGHRI FILALI Lara

Née le 30/09/2017

FACTURE n°2021/175

1 bilan de langage oral

1 x 1500,00 = 1500,00 dirhams (mille cinq cents dirhams)

Acquittée ce jour.

Casablanca, le 24/08/2021

**Veronique SERVANTIE**  
**ORTHOPHONISTE**  
60, Rue Nabouls - Agdal Extension  
Casablanca

60 rue Nabouls - Appt. 5 - 1<sup>er</sup> étage - 20370 CASABLANCA  
veroniqueservantie.aem@gmail.com  
05.22.23.48.79 - 06.33.47.43.39  
Autorisation n°9501 – Patente n°35800378  
ICE n° 002005871000075