

## 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W21-610900

Wissal  
103668 (Redde)

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

7854

Société :

R A M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

KHADDA BRAHIM

Date de naissance :

20/11/1969

Adresse :

AL AZHAR RUE 3 N° 320  
BERNOUSSI CASA

Tél :

0673715369

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 :

CASA

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Le :

03/12/2021



Autorisation CNDP 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"/>

[illegible]

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Participe	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<b>Centre Psycho Educatif</b> <b>Mme Samira IMAKHANE</b> <b>Psychologue Clinicienne</b>	3/12/2024	C3	400	DA		400 DA

Cachet et signature  
du Partenaire

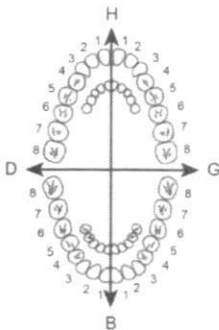
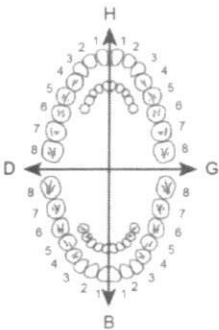
**Centre Psycho Educatif**  
Mme Samira MAKHCHANE  
Psychologue Clinicienne

# 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 : <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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Dr. BEN ITTO Afaf

Pédiatrie générale  
Epilepsie, Vidéo EEG  
Maladies métaboliques et génétiques  
Maladies neuromusculaires  
Troubles des apprentissages scolaires  
Retard Mental  
Autisme et Hyperactivité



## د. عفاف بن يطو

طب الاطفال  
مرض الصرع - التخطيط الكهربائي للدماغ  
امراض الاستقلاب الوراثية  
امراض الجهاز العضلي والعصبي  
مشاكل التعلم الدراسي  
التأخر الذهني  
التوحد - فرط النشاط الحركي

casa le : 10/11/2021

**KHADDA WISSAL**

Bon pour réaliser un bilan neuropsychologique

Cher(e) collègue,

Permettez-moi de vous adresser l'enfant KHADDA WISSAL Né le 08/04/2006 Et qui présente des difficultés scolaires pour réaliser un bilan neuropsychologique.

Bien cordialement

Centre Psycho Educatif  
Mme Samira MAKHCHANE  
Psychologue Clinicienne

CCPNP  
Dr. AF BEN ITTO  
Pédiatre - Neuropédiatre  
Tél : 0522 278 392

# Centre Psycho Educatif

Casablanca, Le 03/12/2021

## NOTE D'HONORAIRES

No : 2021-12-04

**WISSAL KHADDA**

Une consultation de **400 DH. (QUATRE CENT DIRHAMS).**

Arrêté de la présente note d'honoraire à la somme **de 400DH (QUATRE CENT Dirhams).**

Centre Psycho Educatif  
Mme Samira IMAKHCHANE  
Psychologue Clinicienne

Centre Psycho Educatif  
Mme Samira IMAKHCHANE  
Psychologue Clinicienne

### CENTRE PSYCHO EDUCATIF SARL AU

Au capital de 100 000 Dhs – R.C. : Casa 275783 – Patente : 35793309 – ICE : 001771670000072

– I.F. : 14408649 – C.N.S.S. : 9458101

ANGLE BIR ANZARANE ET RUE IBNOU SOURAJ EX RUE MORVAN Résidence GHITA ,3<sup>Eme</sup> ETAGE

CASABLANCA Tél : +212.522.98.53.53 - FAX : +212.522.98.05.90 - GSM : 0659874133

Email : amal.benazzouz@serealiser.ma