

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058801

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06446

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Nom & Prénom : ENNEHAS FOUAD

Date de naissance : 11-06-1963

Adresse : VILLA C12 CITE LAYA ROUTE ELJABDA
CASABLANCA

Tél. : 0664350290

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/05/2022

Nom et prénom du malade : Ennehas Fouad Age : 12

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Tumeur de l'encéphale

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 : 10/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
05-5-22	C2	1	250	 EL HASSAN MEDICAL SOKRATHE - CACCIABLANCO 05 22 98 00

Signature:  EL HASSAN EL DIAZ
 4290KRATE Ressan
 05 22 98 00

[illegible]

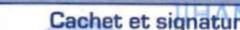
Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	10.05/22		Bilam orthopédie			2 x 300
			sur 2 séances			600
	10.05/22		5 séances d'orthopédie			5 x 300
						1500

Date des Soins

Nombre		
AM	PC	I

Montant détaillé
des Honoraires

Biologie et éthologie	2 x 30
sur 2 séances	2 x 60

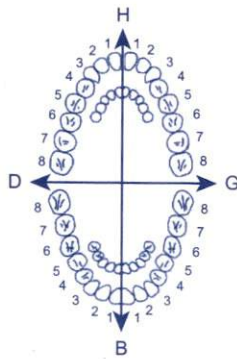
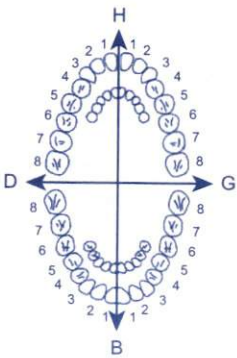
5 x 300 = 1500

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									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<div style="text-align: center;"> D <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td><td style="padding: 2px 5px;">00000000</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td><td style="padding: 2px 5px;">11433553</td></tr> </table> G </div>			00000000	00000000	35533411	11433553					
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
00000000	00000000		
35533411	11433553		

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

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

DATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 05.05.22

Ennehas Hed Taher

Dr EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
54 Rue Socrate Rés. SABAH
Maarif - Casablanca
Tel: 05 22 98 03 46

5 séances d'orthophonie
(Cinq séances)

Dr EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
54 Rue Socrate Rés. SABAH
Maarif - Casablanca
Tel: 05 22 98 03 46

YHANE ZEMMAMA

54. Rue Socrate Rés. SABAH (1er étage) Maarif - Casa - البيضاء
Tél. C: 05.22.98.03.46 : الهاتف

54. زنقة سقراط إقامة صباح (الطابق الأول) العمارنة البيضاء - Casa - Maarif (1er étage) Rés. SABAH Rue Socrate 54.

Tél. C: 05.22.98.03.46 : الهاتف

Tél: 05 22 98 98 0 / 05 22 98 146 002

Dr. El Hassan EL BENNA

PEDIATRE

Diplômé de l'Université de Bordeaux II
D.U. d'Urgence et Réanimation
du Nouveau-Né et de l'Enfant



الدكتور الحسن البنا

اختصاصي في أمراض الطفل والرضيع
خريج جامعة بوردو (فرنسا)

Casablanca, le 05-5-29

Funhears Mrd Taha

bilan cardiaque

JIHANE ZERHAMA
Omnipraticien
Rés. E.N. 9
Casablanca
Tél : 05 22 986 980 / GSM : 06 53 145 382

DR EL BENNA EL HASSAN
PEDIATRE
54 Rue Socrate Rés. SABAH
Maarif - Casablanca
Tel : 05 22 98 03 46

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 10/05/2022

FACTURE

PATIENT : Mohamed Taha ENNEHAS

Facture pour un bilan orthophonique dans le cadre d'un trouble
du langage oral.

Ce bilan est facturé à **600 dirhams .**
2 x 300

six cents

Ces séances ont eu lieu les 6 et 10 mai 2022

JIHANE ZEMMAMA
Orthophoniste
Rés. Espace Al Andalous, 173
Bd Yacoub El Mansour, Bureau N°9
Casablanca
Tél: 05 22 986 980 / GSM: 06 53 14 66 82

JIHANE ZEMMAMA
Orthophoniste
Rés. Espace Al Andalous, 173
Bd Yacoub El Mansour, Bureau N°9
Casablanca
Tél: 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

TP: 35802690 ICE: 001788981000021 IF: 18726657



Jihane ZEMMAMA

Orthophoniste diplômée de l'université de Malaga, Espagne.

Master spécialisé en troubles des apprentissages.

Prise en charge des troubles logicomathématiques.

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

06 53 14 66 82 / 05 22 986 980

jihane.zemmama@gmail.com

Casablanca, le 10 mai 2022

Compte-rendu du bilan orthophonique

J'ai reçu Mohamed Taha ENNEHAS, né le 25/02/2010 en compagnie de ses parents pour un bilan orthophonique, la plainte concernait la prononciation du son arabe /ق/.

Après passation du bilan, on constate ce qui suit :

La compréhension est bonne.

En expression :

- Bon vocabulaire
- Syntaxe plutôt correcte ; quelques imprécisions sont constatées mais sans être dans la zone de trouble.
- Pragmatique dans les normes.
- Articulation : mis à part le /ق/ prononcé /ك/ aucun autre trouble n'est constaté.

Cela nécessitera une brève prise en soin orthophonique.

Je reste à votre disposition pour de plus amples informations.

Jihane ZEMMAMA

Orthophoniste


173, Bd Yaacoub El Mansour, résidence Espace El Andalous, Bureau n°9
Casablanca
Tél.: 05 22 986 980 / 06 53 14 66 82