

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

M22- N° 003342

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 319 Société : AT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : REZKI, TILALI
 Date de naissance : 17-06-1941
 Adresse : 3 RUE 3 HAY CHEMS
 0522 368408 CASABLANCA
 Tél. : 0670025111 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. IGNAME Latifa
 Pédiopsychiatre
 249, Bd. Yacoub El Mansour
 CASABLANCA
 Tél. 05 22 36 70 90
 Date de consultation : 12/04/2021
 Nom et prénom du malade : REZKI TAR Age : 06 Ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Difficultés de lecture
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 Le : 12/04/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

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'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

*Copie PLANING
+ Fact.*

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
12.04.2022	C	01	350 DA	Dr. IGNAME Latifa Pédiopsychiatre 249, Bd. Yacoub El Manssour CASABLANCA Tél: 05 22 36 70 90

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

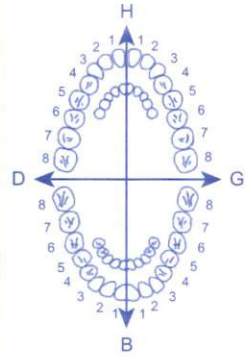
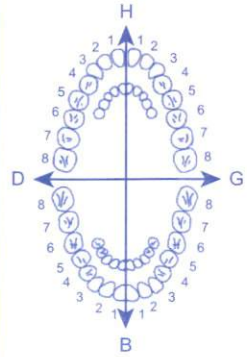
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
Manal AIT LHOUSS Orthophoniste Tél: 06 81 54 65 03	13/04/2022					20 séances 1500 DA Manal AIT LHOUSS Orthophoniste Tél: 06 81 54 65 03

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															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	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

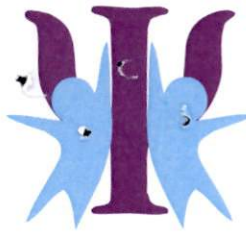
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Latifa IGNANE

Pédopsychiatre

Psychothérapeute

Bébé - Enfant - Adolescent



د. إكتاف لطيفة

طبيبة اختصاصية في الطب النفسي

للرضيع والطفل والمراهق

ORDONNANCE

Casablanca, le 12.04.2012

REZKI OUA

Age : 06 An

Diagnostic : Difficulté
de la lecture

→ 10 séances de rééducation
orthopédique

Dr. IGNANE Latifa
Pédopsychiatre
249, Bd. Yacoub El Mansour
CASABLANCA
Tél : 05 22 36 70 90

249, Bd. Yacoub El Mansour, Résidence El Mansour 4ème étage, Appart N° 8 - Casablanca

Tél : 05 22 36 70 90 - GSM : 06 78 27 60 27 - Email : ignanelatifa@gmail.com

Casablanca, le 09/06/2022

Facture

Concernant : Omar REZKI

Adherent : Jilali REZKI

10 séances d'orthophonie à raison de **150/ séances**

• **06 Séances en Avril 2022 :**

- 1séance : Mardi 12 Avril 2022
- 2séance : Jeudi 14 Avril 2022
- 3séance : Mardi 20 Avril 2022
- 4séance : Jeudi 21 Avril 2022
- 5séance : Mardi 26 Avril 2022
- 6séance : Jeudi 28 Avril 2022

• **04Séances en Mai 2022 :**

- 1Séance : Mardi 03 Mai 2022
- 2Séance : Jeudi 05 Mai 2022
- 3séance : Mardi 10 Mai 2022
- 4séance : Jeudi 05 Mai 2022

10séances X 150dh----- **1500dhs**

Arretee ce present DEVIS a la somme de -----**1500dhs---** mille cinq
cent dirhams


Manal AIT LHOUSS
Orthophoniste
Tél 06 81 54 65 03