

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-701571

gug6u

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A.I.
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>8979</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>LAHLALI</u>			
Date de naissance : <u>22-07-1969</u>			
Adresse : <u>123. belle Vue Sidi marr -</u>			
Tél. : <u>0661 32 23 70</u> Total des frais engagés :			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	Hiba LAHLALI
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint
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 suis à ce titre tenu d'en informer ma mutuelle et mon assureur.

Fait à : CASAB Le : 17/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : 17/10/2022

RELEVE 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"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
JHANE ZEMMA MAMA Pas fiscaux : 100,00 Taux de TVA : 20% Case d'enceinte : 100,00 TVA : 22986,900 GSVA : 53 143,682	2014-12-30	30 séances		élophone		300,00 x 300,00 x 3000,00

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]															
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]															
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]															
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]															
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;"></td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	<hr/>			B	35533411	11433553	G			COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
H	25533412	21433552																	
D	00000000	00000000																	
<hr/>																			
B	35533411	11433553																	
G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [REDACTED]															
				DATE DU DEVIS [REDACTED]															
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Docteur ALIOUA Nadia

Spécialiste Pédiatre
Diplômée de la Faculté de Médecine de Nancy



الدكتور ناديا عليوة

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضع
خريجة كلية الطب ببنانسي

22.11.204

Couplet Hiba :

Dr. ALIOUA NADIA
Pédiatre
Lot. Moustakbal - Immeuble N°9 - Elg. 1
Sidi Maarouf Casablanca (A côté de BIM)
Tel: 0522.58.45.26 - 0762.31.01.49

- Dr. ALIOUA NADIA
Pédiatre
Lot. Moustakbal - Immeuble N°9 - Elg. 1
Sidi Maarouf Casablanca (A côté de BIM)
Tel: 0522.58.45.26 - 0762.31.01.49

Bilan + Screening.

Otoophoroscopie

(30 Screening).

Dr. ALIOUA NADIA
Pédiatre
Lot. Moustakbal - Immeuble N°9 - Elg. 1
Sidi Maarouf Casablanca (A côté de BIM)
Tel: 0522.58.45.26 - 0762.31.01.49

Suite à l'accord préalable.

Lot El Moustakbal Immeuble N° 9, 1er Etage - Sidi Maarouf
(à côté de BIM) - Casablanca - GSM : 07 62 31 01 49 - Tél.: 05 22 58 45 26

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 29/04/2022

FACTURE

PATIENT(E) : Hiba LAHLALI

Facture pour 30 séances de P.E.C orthophonique dans le cadre d'un trouble du langage écrit.

30 séances à 300 la séance soit un total de **9000 dirhams.**
neuf mille

Les séances ont été effectuées aux dates suivantes:

Décembre : 7, 10, 14, 21, 24, et 28

Janvier : 4, 14, 18, 21, 25, et 28

Février : 1, 4, 11, 15 et 25

Mars : 1, 4, 8, 11, 15, 22, 25 et 29

Avril : 5, 8, 15, 22, et 29

JIPANE ZENNAMA
Orthophotoste
rés. Agadir 1000 - 173
Noureddine Ben Yousfi N° 9
Casablanca
Tél.: 05 22 986 950 / 05 22 883 141 032

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