

# 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.

**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

30  
seances

06/01/22

**Déclaration de Maladie**

N° M21- 0060100

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8193 Société : 98679  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Rhoulam Rita  
Date de naissance : 01-07-1974  
Adresse : Temasses de Boukoura imm 10 apt 1  
ville verte  
Tél. : 0661334817 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. LAHLOU AHMED**  
**PEDIATRE**  
INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars Casablanca  
Tél : 05 22 52 62 63

Date de consultation : 20/12/27  
Nom et prénom du malade : HARRACH VANIS Age : 9ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : trouble de langage  
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 : / /  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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                               |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2012/12/27      |                   |                       |                                 | DR. LAHLOU AHMED<br>PEDIATRE<br>INP 91088930<br>Av. 2 Mars Casablanca<br>Tel: 05 22 52 42 63 |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# 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 |                                 |
| ZINEB ARDA<br>ORTHOPHONISTE<br>79, résidence casablanca rue Jaber<br>hayane 4ème étage - Casablanca<br>Tel: 0522 22 25 38 / K.C.E. 0008195430042 | 2012/12/27     |        | 30 | AMor2 |    | 301 300<br>= 9000,0<br>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 :

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

| SOINS DENTAIRES            | Dents Traitées   | Nature des Soins     | Coefficient |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|----------------------------|--|----------------------|-------------|---|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|---|
|                            |  |                      |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/><br><br>FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      | H           |   | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/><br><br>MONTANTS DES SOINS <input type="text"/><br><br>DATE DU DEVIS <input type="text"/><br><br>DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |
|                            | H  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            | 25533412<br>00000000   | 21433552<br>00000000 |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            | D  | G                    |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            | 00000000<br>35533411   | 00000000<br>11433553 |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            | B  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |
|                            |  |                      |             |   |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Docteur Ahmed LAHLOU**

**Pédiatre**

Ancien Chef de Clinique

du C.H.U de Strasbourg (FRANCE)

Pédiatrie Générale - Réanimation Néonatale

Echographie Pédiatrique



**الدكتور أحمد لعلو**

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

طبيب إختصاصي سابقا بالمستشفى الجامعي

استراسبورغ (فرنسا)

الإنعاش - الفحص بالتلفاز

Casablanca, le .....20/12/2021..... في الدار البيضاء ،

**HARRACH YANIS**

prise en charge en rééducation orthophonique  
30 séances

**Dr. LAHLOU AHMED**  
**PEDIATRE**  
INP : 91088930  
903, Av. 2 Mars Casablanca  
Tél : 05 22 52 62 63

903، شارع 2 مارس، الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - المحمول : 06.61.19.62.60

903, avenue 2 Mars, 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05.22.52.62.63 / 05.22.52.70.83 - GSM : 06.61.19.62.60



# Cabinet d'Orthophonie Verdun

Rééducation des troubles de l'articulation de la parole  
Du langage oral et écrit chez l'enfant et l'adulte  
Sur Rendez-vous et à domicile

**FACTURE N° 001857**

Le: 22/06/2022

Nom et prénom Hazzach Yanis

Diagnostic TROUBLE DU LANGAGE ÉCRIT

Pour 30 Séances de RÉÉDUCATION

ORTHOPHONIQUE DU LANGAGE ÉCRIT

Sur Ordonnance du Docteur .....

Selon le devis préétabli : 30 Séances x 300 = DH 9000,00 DH.

Arrêter la présente facture à la somme de Neuf Mille dirhams

**ZINE WARDA**  
ORTHOPHONISTE

79, résidence Casa-Anfa rue Jaber ibnou  
Hayane 4ème étage - Casablanca  
Tél: 0522 22 25 38 / Fax: 000819544000048

# Cabinet d'Orthophonie Verdun

Rééducation des troubles de l'articulation de la parole  
Du langage oral et écrit chez l'enfant et l'adulte  
Sur Rendez-vous et à domicile

DEVIS N° 001110

Nom et prénom Harzach Yanis  
Diagnostic Difficulté d'acquisition du langage écrit  
Pour 30 Séances de RÉÉDUCATION  
ORTHOPHONIQUE DU LANGAGE

Sur Ordonnance du Docteur .....

Soit 30 Séances x 300 DH = 9000,00 DH.  
**ZINE WARDA**  
**ORTHOPHONISTE**  
79, résidence Casa Anfa rue Jaber Ibnou Hayane 4ème étage - Casablanca  
Tél: 0522 22 25 34 / ICE: 000819544000048

Arrêté le présent devis à la somme de Neuf Mille Euros

Signature

**ZINE WARDA**  
**ORTHOPHONISTE**

79, résidence Casa Anfa rue Jaber Ibnou Hayane 4ème étage - Casablanca  
Tél: 0522 22 25 34 / ICE: 000819544000048



# Cabinet d'Orthophonie Verdun

**Rééducation des troubles de l'articulation de la parole  
Du langage oral et écrit chez l'enfant et l'adulte**

Période et fréquence des séances de rééducation orthophonique pour 30 Séances au bénéfice de l'enfant **Harrach Yanis** :

- 1) 12/01/2022
- 2) 19/01/2022
- 3) 21/01/2022
- 4) 25/01/2022
- 5) 27/01/2022
- 6) 01/02/2022
- 7) 08/02/2022
- 8) 15/02/2022
- 9) 18/02/2022
- 10) 23/02/2022
- 11) 28/02/2022
- 12) 04/03/2022
- 13) 09/03/2022
- 14) 16/03/2022
- 15) 22/03/2022
- 16) 25/03/2022
- 17) 30/03/2022
- 18) 04/04/2022
- 19) 08/04/2022
- 20) 13/04/2022
- 21) 20/04/2022
- 22) 27/04/2022
- 23) 05/05/2022
- 24) 11/05/2022
- 25) 17/05/2022
- 26) 25/05/2022
- 27) 30/05/2022
- 28) 08/06/2022
- 29) 15/06/2022
- 30) 22/06/2022

**ZINE WARD A**  
**ORTHOPHONISTE**  
79, résidence casa anfa - angle Jaber ibnou  
hayane 4ème étage - Casablanca  
Tel: 0522 22 25 38 / ICE: 000819544000048