

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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.

N° W19-415994

137549

YQ  
Renew  
Pver

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	05064	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SLAMNI ABDELHAK
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661854131	Total des frais engagés :	2364,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Dr MHALKANE Nououd</i>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Habiba SLAMNI Age: 40 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Plus ophtalmie allergique avec trouble phonation			
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/11/2022

### VOLET ADHERENT

## **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
23/09/2020 e23952	Acte de Cervico-faciale Bd. A bou Houraïda	22	30000	INP : 1111111111111111 Signature en ORI Signature en ORI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL GHANEM El Hourra - Tanger - Maroc	23/09/22	64,30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

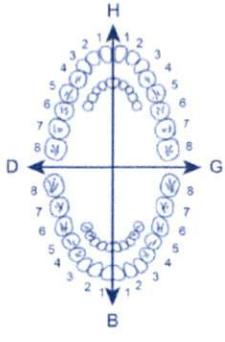
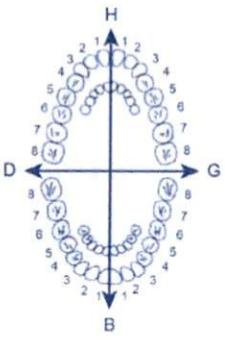
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
JUVENTAS Orthodontiste Télé: 0983 60 07 31	20/09/2012		10 Séances			10 x 200 dhs = 2000 dhs.

#### **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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
	<b>H</b> $\begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \end{array}$ <b>D</b> <b>G</b> $\begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 11433553 \end{array}$ <b>B</b>			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le

23-09-22

PHARMACIE EL GHANIMI  
Casablanca - Tel: 05 22 37 11 11  
Av. Abi Hourira, Sidi Othmane

16,30

- Souffre



Dr KHALKANE Noujoud  
Spécialiste en ORL  
et Chirurgie Cervico-faciale

Angle Bd. 10 Mars et Bd. A. bou Houraira,  
Immeuble N° 31, Etage N° 1 - Sidi Othmane  
Tél: 05 22 37 11 11  
INP 11

SIDI OTHMANE

16,30

HISTANORM® 5 mg/5 ml

PPU 480H00

EXP 01/2023  
LOT 09014 1

48,00

- Histanol sup



To 64,30

1 cùm les à offrir

Dr KHALKANE Noujoud  
Spécialiste en ORL  
et Chirurgie Cervico-faciale  
Angle Bd. 10 Mars et Bd. A. bou Houraira,  
Immeuble N° 31 - Sidi Othmane

Angie Bd. 10 Mars et Bd. Abou Houraira, Immeuble N° 31, Etage N° 1 - Sidi Othmane  
( Extension Route Ouled Ziane et sortie autoroute Marché de gros )

Tél : 05 22 59 90 20

RDV

GP Guei

Dr KHALKANE Noujoud

Spécialiste en ORL  
et Chirurgie Cervico-faciale  
Angle Bd 10 Mars et Bd. Aboou Houlâma,  
Bnme N°1, Etage N° 1 - Sidi Othmane  
Tél : 06 22 50 90 20  
INP 151237552



Spécialiste en ORL  
et Chirurgie Cervico-faciale



أخصائية في أمراض و جراحة الأذن  
و الأنف والحنجرة  
و جراحة الوجه و العنق

Casablanca, le :

23.09.22.

INP 151207552  
Enfant SLAMNI Hanane  
âgée de 07 ans, présentant  
des difficultés de prononciation  
de quelques consonnes  
et syllabes, nécessitant des  
séances de rééducation  
orthophonique au moins  
de 10 séances

Angle Bd. 10 Mars et Bd. Abou Houraira, Immeuble N° 31, Etage N° 1 - Sidi Othmane  
( Extension Route Ouled Ziane et sortie autoroute Marché de gros )

Tél : 05 22 59 90 20

INP 151207552  
Bd. 10 Mars et Bd. Abou Houraira, Immeuble N° 31, Etage N° 1 - SIDI OTHMANE  
Angle Bd. 10 Mars et Bd. Abou Houraira, Immeuble N° 31, Etage N° 1 - SIDI OTHMANE

**Yasmine MOUTTAKI**

*ORTHOPHONISTE*

Rééducation des troubles du langage oral, écrit et de la voix

Laureate International Universities

## FACTURE

Casablanca le : 04/11/2022

Nom Prénom	Nature des séances	Nombre des séances	Honoraires
<b>SLAMNI Hanaa</b>	<b>Rééducation Orthophonique</b>	<b>10 séances</b>	<b>10 x 200 = 2000 DHS</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille dirhams.

MOUTTAKI Yasmine  
Orthophoniste  
Tél: 06 06 60 07 31  
06/06/2022

ICE : 002529242000018

ID : 15160454

TP : 35802642

[Yasmine.mouttaki@gmail.com](mailto:Yasmine.mouttaki@gmail.com)

GSM : 06 06 60 07 31

----- Forwarded message -----

De : PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>

Date: mar. 18 oct. 2022 à 16:13

Subject: ACCORD ORTHOPHONIE

Le mar. 18 oct. 2022 à 16:13, PRISE EN EZCHARGE <pec@mupras.com> a écrit :

Bonjour

l'accord d'orthophonie de Mlle SLAMNI HANAE est accordé pour 10 séances.

CORDIALEMENT.

----- Forwarded message -----

De : PRISE EN CHARGE <pec@mupras.com>

Date: mar. 18 oct. 2022 à 16:13

Subject: ACCORD ORTHOPHONIE

To: slamniabdelhak@gmail.com <slamniabdelhak@gmail.com>

**Yasmine MOUTTAKI**

*ORTHOPHONISTE*

Rééducation des troubles du langage oral, écrit et de la voix

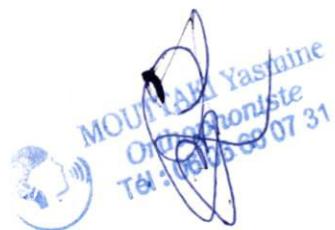
Laureate International Universities

## **DEVIS**

Casablanca le : 29/09/2022

<b>Nom Prénom</b>	<b>Nature des séances</b>	<b>Nombre des séances</b>	<b>Honoraires</b>
<b>SLAMNI Hanaa</b>	<b>Rééducation Orthophonique</b>	<b>10 séances</b>	<b>10 x 200 = 2000 DHS</b>

Arrêté le présent devis à la somme de deux mille dirhams.



A handwritten signature in blue ink that reads "MOUTTAKI Yasmine Orthophoniste Tél: 06 06 60 07 31". To the left of the signature is a small circular logo containing a stylized profile of a person's head with sound waves emanating from it.

ICE : 002529242000018

ID : 15160454

TP : 35802642

[Yasmine.mouttaki@gmail.com](mailto:Yasmine.mouttaki@gmail.com)

GSM : 06 06 60 07 31