

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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



Déclaration de Maladie

N° W21-662176 **103504**

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 11986	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Souny Leila			
Date de naissance : 09/10/1979			
Adresse : HASSANIA # BLOC A N° 133 ECACIA			
Floraneudia			
Tél. : 066 79 14 99 Total des frais engagés : Devis Dhs			
Cadre réservé au Médecin Dr. Zineb IRAQI Pedopsychiatre 134, Rue Ahmed El Boumali, Angle Bd Bir Anzarane, Rés Ayad, 2 ^e étage N° 6, Marâfif - Casablanca Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 17/11/22			
Nom et prénom du malade : Adam Amine El Ouarani Age : 2 ans			
Lien de parenté : Conjoint Conjoint El Ouarani Enfant			
Nature de la maladie : Abnormal behaviour Bébé 2 ans			
En cas d'accident, précisez les causes et circonstances : maladie de la complicité			
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 : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-662176

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

BELIEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous

les justificatifs exigés par la Mutuelle.

D^r Zineb IRAQI
Pédopsychiatre



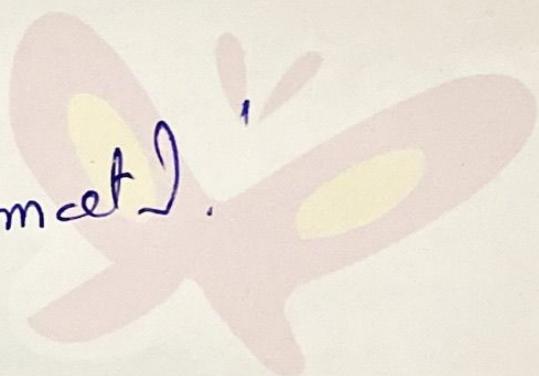
د. زينب عراقي
طبيبة نفسانية للأطفال والراهقين

Casablanca, le : 17/11/22 الدار البيضاء في :

Adam Amin El Qanimi

—

Bo Sincere dr
Zineb IRAQI



Dr. Zineb IRAQI

Pédopsychiatre
134, Rue Ahmed El Joumari, Angle
Bd Bir Anzarane, Rés Aya, 2^e Etage
N° 6, Maârif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

Devis

Nous soussignons, Cabinet Pot En Ciel Accompagnement - Développement, que l'enfant **Adam Amir EL QARIANI** présentant un trouble de concentration et d'attention, nécessite une prise en charge en Psychomotricité à longue durée.

<i>Désignation</i>	<i>Prix/séance</i>	<i>Montant</i>
- 30 Séances de Psychomotricité, avec accompagnement parental à raison de deux séances par semaine.	200,00 DHS	
Total		6000,00 DHS

Arrêté le présent devis à la somme de : SIX MILLE DIRHAMS

Mohammedia, le 20 Janvier 2022
 Mehdi MASSIB
 Psychomotricien
 mehdipotenciel@gmail.com
 +212 6 77 33 21 61 - +212 6 91 72 79 87
 Web : ipotenciel-maroc.wix.com/ipotenciel - E-mail : potencielcontact@yahoo.fr