

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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.



DECLARATION DE MALADIE

N° W21-786556

PEC

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

11800

Société :

RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BOUMEB FATIMA ZAHRA

Date de naissance :

06-01-1980

Adresse :

126 E ZOURIR OULFA-CHBA

Tél. :

06.66.42.84.34

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

179952

Cachet du médecin :

Date de consultation :

SANIT NED RIAD

Nom et prénom du malade :

SANIT NED RIAD

Age :

11

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

PRISE EN CHARGE EDUCATIVE - NEDRICE

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'at-
médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

CHBA

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-786556

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 :

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
				INP : <input type="text"/>

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

Samira MAZIAN

Psychomotricienne

Association Amal Pour Enfants Association Méthodes Mentales

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre			Association	Montants détaillés des Honoraires
		AM	PC	IM		
Yasmine EL ANAOUBAR Psychologue Clinicienne et Hypnothérapeute Gsm : 06 75 94 06 98	18/10/14	1	1	1	1	1
Hayate Aghoudame Orthophoniste	18/10/14	1	1	1	1	1
rue Jabale Boublane, appt.13 Agdal-Rabat Tél: 0537671553 GSM: 0661583000	18/10/14	1	1	1	1	1

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 c

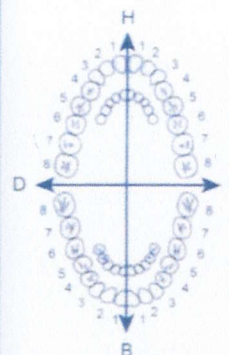
SOINS DENTAIRES

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

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

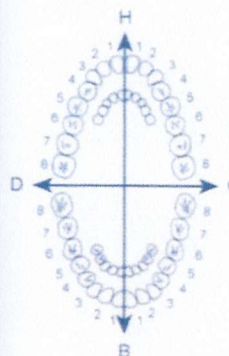
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Casablanca le 0..9..SEPT..2023..

DEVIS
CONCERNANT PRISE EN CHARGE
PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE
Du mois : Septembre ; Octobre; Novembre 2023

Adhèrent : **BOUTALEB FATIMA ZAHRA**
 Mutuelle : **MUPRAS**
 BENEFICIAIRE : **SAMIT MOHAMED RIAD**
 Né le : **24/02/2012**
 Diagnostiqué : **AUTISTE**
 Nombre de séances par mois :
 - 5 Séances de Psychothérapie
 - 5 Séances de Psychomotricité
 - 5 Séances d'Orthophonie.

Nature de prestation	Qté	Prix unitaire	total
Psychothérapie	5x3 mois =15	300 Dh	4500dh
Psychomotricité	5x3 mois =15	300 Dh	4500dh
Orthophonie	5x3 mois=15	300 Dh	4500dh
total			13500 dh

Arrêté le présent devis à la somme de 13500 Dh (treize Mille Cinq Cent Dirhams)

Signé : La présidente
 Association Amal pour Enfants
 Aux Besoins Spécifiques Mentaux
Touria MABROUK
 06 62 18 10 14 / 06 62 18 10 14

Casablanca le 09 SEPT 2023

DEVIS
CONCERNANT PRISE EN CHARGE
PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE

Du mois :

Septembre ; Octobre; Novembre 2023

Adhèrent : BOUTALEB FATIMA ZAHRA
Mutuelle : MUPRAS
BENEFICIAIRE : SAMIT MOHAMED RIAD
Né le : 24/02/2012
Diagnostiqué : AUTISTE

Nombre de séances de Psychothérapie mois : - 5 séances.

A raison de 300 dh la séance, ce qui fait 1500 dhs / mois.

$1500\text{dh} \times 3 \text{ mois} = 4500 \text{ dh}$

Arrêté le présent devis à la somme de (Quatre mille Cinq cent dirhams)

Signé : La psychologue

Yasmine ESSANA OUBAR
Psychologue Clinicienne
et Hypnothérapeute
Gsm : 06 75 94 06 98

Casablanca le .0.9..SEPT..2023.....

DEVIS
CONCERNANT PRISE EN CHARGE
PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE

Du mois :
Septembre ; Octobre; Novembre 2023

Adhèrent : BOUTALB FATIMA ZAHRA
Mutuelle : MUPRAS
BENEFICIAIRE : SAMIT MOHAMED RIAD
Né le : 24/02/2012
Diagnostiqué : AUTISTE

Nombre de séances d'Orthophonie par mois : - 5 séances.

A raison de 300 dh la séance, ce qui fait 1500 dhs / mois.

1500 dh x 3 mois = 4500 dh

Arrêté le présent devis à la somme de (Quatre mille Cinq cent dirhams)

Signé : L'orthophoniste

Hayate Aghoujdame
Orthophoniste

25 Rls, rue Jabal Bouiblanc, appt. 13 Agdal-Babat
Tél: 0537671553-GSM: 0661583090

Casablanca le 09.09.2023.....

DEVIS
CONCERNANT PRISE EN CHARGE
PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE

Du mois :
Septembre ; Octobre; Novembre 2023

Adhèrent : BOUTALEB FATIMA ZAHRA
Mutuelle : MUPRAS
BENEFICIAIRE : SAMIT MOHAMED RIAD
Né le : 24/02/2012
Diagnostiqué : AUTISTE

Nombre de séances de La psychomotricité mois : - 5 séances.

A raison de 300 dh la séance, ce qui fait 1500 dhs / mois.

1500 dh x3 mois = 4500 dh

Arrêté le présent devis à la somme de (Quatre mille Cinq cent dirhams)

Signé : La psychomotricienne

Samira MAZIANI
Psychomotricienne
Tél: 0522.21.43.83