

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° W21-786556

PEC

ACC
CASA
AFP

Maladie

Dentaire

Optique

Matricule : M800

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUTAKIET FATHIMA ZAHIRA

Date de naissance : 04-01-1980

Adresse : 126 E ZOUBIR OULEA - CASA

Tél. : 06.66.42.84.84

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SANIT NED RIAD

Age : 11

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : PRISE EN CHARGE EDUCATIVE

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'atlas médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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 :

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 : [] [] [] [] [] [] []

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

Samira MAZIAN

Psychomotricienne

Tel: 06 75 94 06 98 YASSINE L'ISNAQOURAUX AUXILIAIRES MEDICAUX

Signature et signature
Psychomotricienne et Hypnothérapeute

Gsm : 06 75 94 06 98

Hayate Aghoujdame

Orthophoniste

rue Jabale Boublane, appt.13 Agdal-Rabat
Tél: 0537671553-GSM: 0661583090

Date des Soins

Nombre

Association Annal Pour Enfants
Méthodes et Techniques Mentales

Montant détaillé des Honoraires

AM PC IM



Casablanca le

DEVIS
CONCERNANT PRISE EN CHARGE
PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE

Du mois :

Septembre ; Octobre; Novembre 2023

Adhérent : **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.

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

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

)

Signé : L'orthophoniste

Hayate Aghoujdame
Orthophoniste
25 Bis, rue Jabale Bouiblane, appt.13 Agdal-Rabat
Tél: 0537671553-GSM: 0661583090



Casablanca le

DEVIS
CONCERNANT PRISE EN CHARGE
PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE

Du mois :

Septembre ; Octobre; Novembre 2023

Adhérent : **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.

À 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



Casablanca le

DEVIS
CONCERNANT PRISE EN CHARGE
PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE

Du mois :

Septembre ; Octobre; Novembre 2023

Adhérent : **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

Yassmine ESSANAOUNAR
Psychologue Clinicienne
et Hypnothérapeute
Gsm : 06 75 94 06 98



Casablanca le

DEVIS
CONCERNANT PRISE EN CHARGE
PSYCHO-MEDICO-EDUCATIVE

Du mois : Septembre ; Octobre; Novembre 2023

Adhérent : **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
Tel: 0522 25 05 12 / 0662 18 10 14