

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



53869

ACC

## Déclaration de Maladie : N° P19-0022241

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12070

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KADDIOUT ZINEB

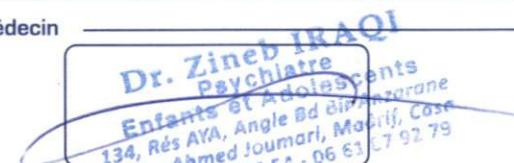
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661233249 Total des frais engagés : 6 000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/2020

Nom et prénom du malade : ISMAIL GHAZAL ALI Age :

Lien de parenté :  Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : ISRAEL ALI COMPAGNIE

30 DEC. 2020

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022241

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 12070  
Nom de l'adhérent(e) : KADDIOUT  
Total des frais engagés : 6 000 Dhs  
Date de dépôt :

## **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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 03/21/20        | en 3              |                       | See cl                          | <br>Dr. Zined Iraqi<br>Psychiatre<br>Enfants et Adolescents<br>134 Rés AYA, Angle Bd Bir Anzaïne<br>Et Rue Ahmed Jumari, Madrif, Casablanca<br>+212 376 52 - 06 61 07 92 79 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

## **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 Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|------|-----------------------------|------------------------|
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |
|   |      |                             |                        |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien   | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires  |
|---|-------------------|--------|----|----|----|---|
|   |                   | AM     | PC | IM | IV |   |
| MMOR PSYCHOMOTRICITE<br>51. Av. Lalla Yacoub et Mostapha<br>El Maâni - Casablanca<br>112020 IF 2611419<br>112020 1522 | 14.12.20          |        |    |    |    | Devis pour 20<br>séances de<br>Psychomotricité<br>20 x 300 =<br>6000 D.H. |

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exi  s par la Mutuelle.

## **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

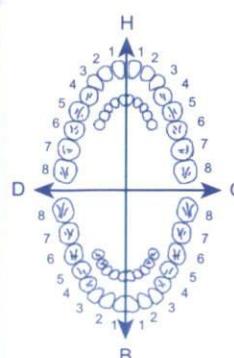
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

|          |          |
|----------|----------|
|          | H        |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
|          | P        |

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

D<sup>r</sup> Zineb IRAQI

Pédopsychiatre



د. زينب عراقي  
طبيبة نفسانية للأطفال والراهقين

Casablanca, le : ..... 9.12.12a ..... الدار البيضاء في :

Ismail abd al luu

Do séance Dr  
Rsay chamekh.

Dr. Zineb IRAQI

Psychiatre

Enfants et Adolescents

134, Rés AYA, Angle Bd Bir Anzarane

Et Rue Ahmed Joumari, Maârif, Casablanca

Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

134 زنقة أحمد جوماري زاوية شارع بشر أنزاران إقامة آية - الطابق الثاني - رقم 6 المعريف - الدار البيضاء

134, rue Ahmed El Joumari Angle Boulevard Bir Anzarane Résidence Aya - 2<sup>ème</sup> étage - N° 6 Maârif - Casablanca

Tél. : 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79 - e-mail: dociraqi@gmail.com



**Hanane AMMOR**  
Psychomotricienne  
ISRP PARIS

Devis N°: 1042/20

Pour: Prise en charge

Nom patient : El Abed el Aboui

Prénom patient : Ismaïl

Nombre de séances : ..... 20 ..... séances

Prix TTC : 20 x 300 = 6.000 Dhs

Fait le 14.12.2020

A Casablanca

Cachet :

AMMOR PSYCHOMOTRICE  
61. Av. Lalla Yacoub et Mostapha  
El Maâni - Casablanca  
RC : 412026 I.F : 26114119  
T.P : 32293622