

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.

MUPRAS : Centre Alail Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alail 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° P19-0022253

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Aut

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 1207 Société : RAM **150447**

Matricule : 1207 Pensionné(e) ☐ Autre : ☐

Nom & Prénom : KABOANI DUEL Date de naissance : 15/01/1980

Adresse : 1508, Abdel

Tél. : 05 22 21 20 Total des frais engagés : 3000

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR Zineb IRAQI
Pédiopsychiatre
34, Rue Ahmed El Moudjahid, 1er étage
Bd Bir Anzoul - Rés Ayin de l'ange
N° 6, Midart - Casablanca
Tél: 05 22 20 75 54 - 06 61 07 92 79

Date de consultation : 14/02/2023

Nom et prénom du malade : ismail elabdel Alkacaci

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : maladie de l'oreille

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 dé
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 15/02/23

Signature de l'adhérent(e) : Kaboani DUEL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0022253

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

Matricule : 1207

Nom de l'adhérent(e) : KABOANI DUEL

Total des frais engagés : 3000

Date de dént : 15/02/23

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
14/02/23	CCJ			<p>Dr: Zineb ELLOUADI Psychiatre</p> <p>134, Rue Ahmed El Lemari, Angla 84 Bir Anzarona, Rés Aya, 2e Etage N° 6, Anasiff - Casablanca Tél: 05 22 23 26 34 - 06 61 07 92 7</p>

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
14/02/23	CCJ			<p>Dr: Zineb ELLOUADI Psychiatre</p> <p>134, Rue Ahmed El Lemari, Angla 84 Bir Anzarona, Rés Aya, 2e Etage N° 6, Anasiff - Casablanca Tél: 05 22 23 26 34 - 06 61 07 92 7</p>

[illegible][illegible][illegible]

VOLET ADHÉRENT

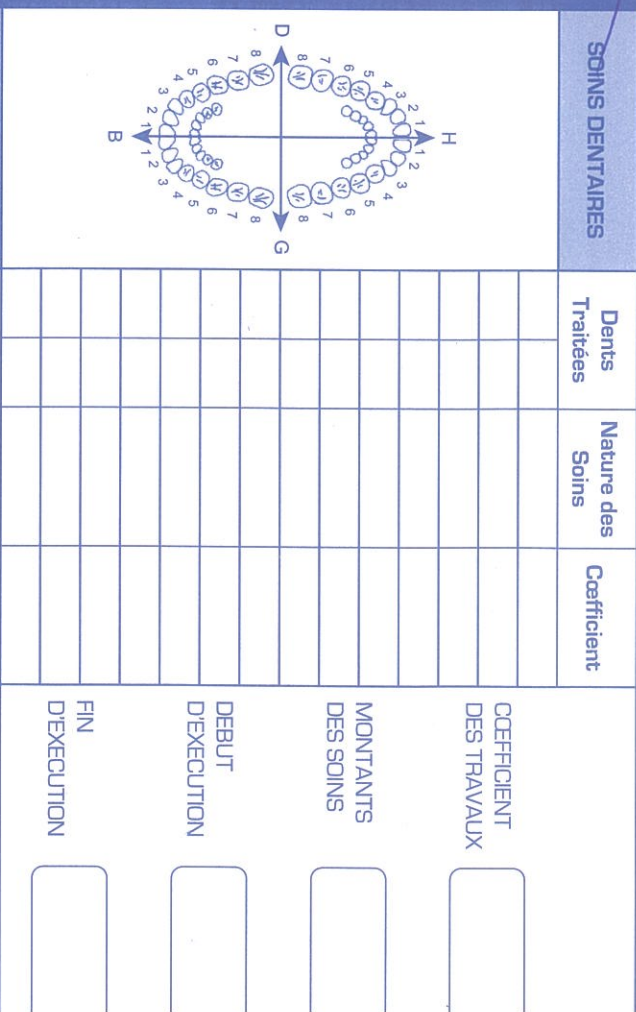
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'XG.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'XG.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'XG.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'XG.			
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

[illegible]

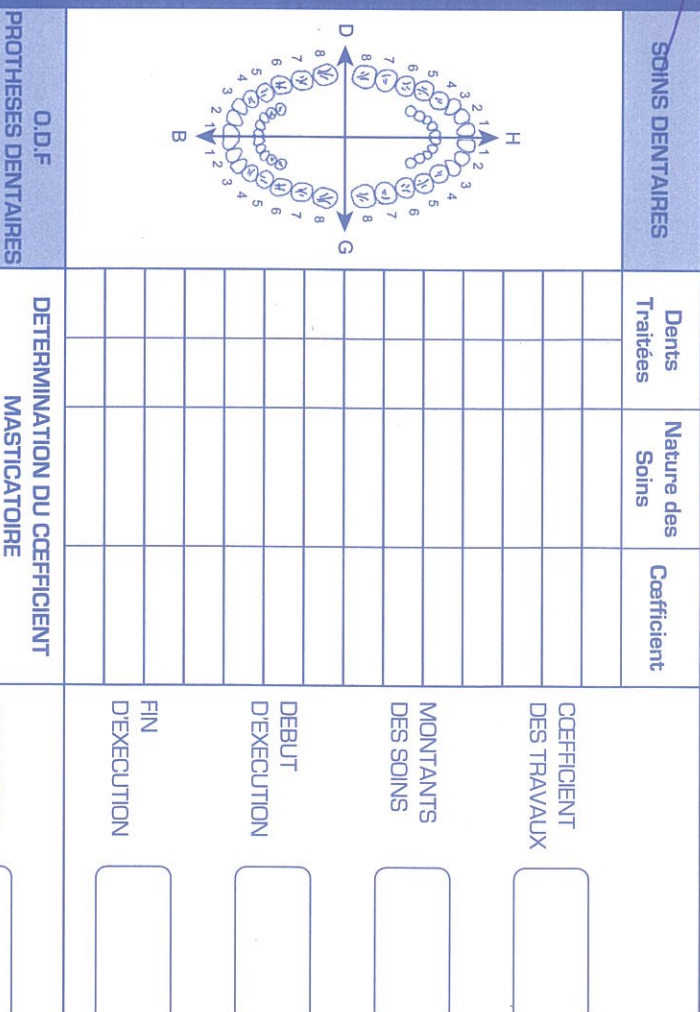
O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE



1

1

1

1

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le : 14.12.23 الدار البيضاء في :

محمد عبد الله عبد الله

30 sm - d'Alger

Dr. Zineb IRAQI
Pédopsychiatre

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

Jihane ZEMMAMA

Orthophoniste diplômée de l'université de Malaga, Espagne
Mastère spécialisé en troubles des apprentissages
Prise en charge des troubles de la cognition logico-mathématiques

Casablanca, le 14/02/2023

DEVIS

PATIENT(E) : Ismail EL ABED EL ALAQUI

Devis pour 30 séances de P.E.C orthophonique dans le cadre
d'un trouble des apprentissages.

30 séances à 300 la séance soit un total
de **9000 dirhams.**

neuf mille

Ne seront facturées que les séances effectuées et acquittées.


Jihane ZEMMAMA
Orthophoniste
173, Bd Yacoub El Mansour, Bureau N°9
Casablanca
Tél: 05 22 986 980 / GSM: 06 53 146 682

173, Bd Yacoub El Mansour, résidence Espace El Andalous, Bureau n°9, Casablanca

05 22 986 980 - 06 53 14 66 82

jihane.zemmama@gmail.com

TP: 35802690 ICE: 001788981000021 IF: 18726657