

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 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



**Demande Accord préalable
Déclaration de Maladie**

N° W19-500264

CASA - ANF - J

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ 19310 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8714

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHADIRI WAHID

Date de naissance : 05/05/65

Adresse : 10, Rue Grasset Q. Hapita Casa

Tél. : 0662.77.91.75

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/2020

Nom et prénom du malade : KHADIRI Ahmed Ghali Age : 3 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : Casa

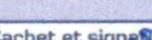
Le : 27/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
27/01/20		S	<i>[Signature]</i>	INF : _____ 091 00 92 74 <i>[Signature]</i>

[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Partenaire	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Dr. MENNOUJI Orthophoniste Bd. Mohamed V Casablanca 05 22 24 50 95	07/10/2020	20 Séances de Rééducation orthophonique AMC 12				5000,00 dhs

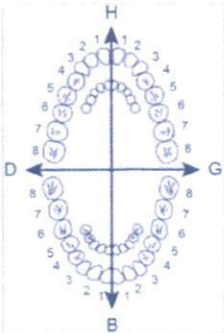
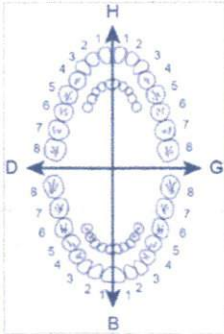
Cachet et signature
du Partenaire

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 27/01/2020

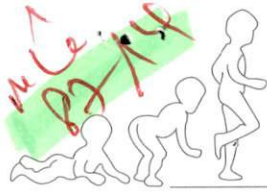
A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 8714	e-mail : WKHADIRI@Royalairmaroc.com Phones : 0662.77.91.75
Nom et Prénom de l'adhérent : KHADIRI WAHID	
Nom et Prénom du bénéficiaire : KHADIRI Ahmed Ghali	
A REMPLIR PAR LE PRATICIEN	
Je soussigné : KHADIRI Ahmed Ghali	
Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. KHADIRI Ahmed Ghali	
Nécessite : see du ctum en thejmgw	
Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)	
Une hospitalisation de (approximatif)	
A (préciser l'établissement hospitalier)	
STRICTEMENT CONFIDENTIEL	
Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :	
retard. du langage	
Cachet, date et signature du praticien	
A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS	
Décision :	

N .B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.

Docteur Khalid AMAR

Pédiatre

Spécialiste de l'Asthme
et des maladies allergiques
de l'enfant



الدكتور خالد عمار

إختصاصي في أمراض الطفل
أمراض الحساسية عند الطفل
مرض الربو (الضيقة)

Appel le 05/02/20

Casablanca le

27/01/2020

الدار البيضاء في

Chér(e) ami(e)

N° 19310

Je t'adresse, KHADIRI Ahmed Ghali , âgé(e) de 3
ans ,qui nécessite une reeducation orthophonique
pour : retard du langage (20 séances)
je l'adresse à tes bons soins pour avis et eventuelle
prise en charge

amicalement

DR KH. AMAR
72 Bd Zerketouni
Casablanca 20140
11:05 22/01/2020
194, appl 12

Dr. AMAR Khalid

72, شارع الزرقتوني الطابق الرابع. الرقم 12. (قرب سوق الورود). 20140. الدار البيضاء
72, Bd Zerketouni. 4^{ème} Etage, N° 12 (en face du marché aux fleurs) - 20140 - Casablanca
Tél. : 0522 47 45 72 - G.S.M : 0661 41 15 87 - E-mail : k.amar@menara.ma

Cabinet d'orthophonie Belvédère
433 bd Mohamed V, Etage 2
Appt 8. Casablanca
Tel : 05 22 24 50 95

Casablanca le 07/07/2020

FACTURE N° :044/2020

Nom et prénom : **AHMED GHALI KHADIRI**

Diagnostic : **Retard du langage**

Pour 20 séances de rééducation orthophonique du langage orale.

08/02/2020	14/03/2020
12/02/2020	08/06/2020
15/02/2020	10/06/2020
19/02/2020	15/06/2020
22/02/2020	17/06/2020
26/02/2020	22/06/2020
29/02/2020	24/06/2020
04/03/2020	29/06/2020
07/03/2020	01/07/2020
11/03/2020	06/07/2020

Sur ordonnance du Dr KHALID AMAR Soit 20 séances x 250 dhs =5000,00 dhs.

Arrêté la présente facture à la somme de cinq mille dirhams.

Hajar MENNOUNI
Orthophoniste
433, Bd. Mohamed V Etg 2 Appt 8
Casablanca
Tél: 05 22 24 50 95

433 bd Mohamed V, étage 2 Appt 8.Casablanca. Tél : 05 22 24 50 95

E-mail : mennouni.hajar@gmail.com ; IF 15295467– Patente : 31211048