

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

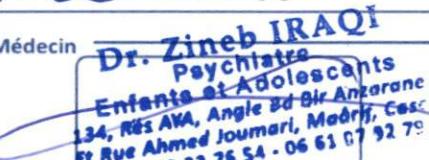
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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° W19-555627

ND: 35612

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12342</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>Di B A S</u>
Nom & Prénom : <u>DI B A S</u>		Date de naissance : <u>01/07/46</u>	Adresse : <u>N.S.R</u>
Tél. : <u>0661078530</u>		Total des frais engagés : <u>1500</u>	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation :	<u>01/04/2020</u>	Age :	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :		<u>Incapacité de l'enfant</u>	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

24/04/2020

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
21/11/20	Psychiatre		0	INP : 09114530 Dr. Zineb IRAQI Psychiatre Enfants et Adolescents 134, Rtes AVA, Angle Bd Bir Anzar et Rue Ahmed Joumard, Modif, 9 Tél: 05 22 28 76 84 - 06 61 67 9

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

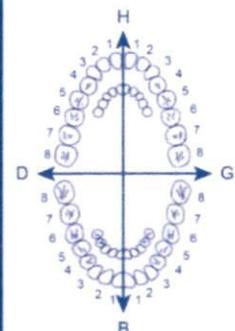
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

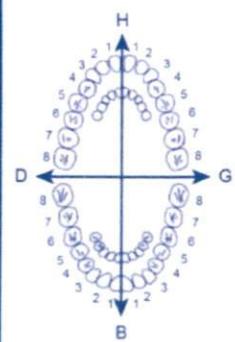
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
ORTHOPHONISTE Rés. Casa-Anfa Angle Bd Rue Mouloud Hayd - 4 ^e t: 022.29.25.50 - Casablanca	le: Signature		10 AM	0	0	40x 1.50 = 1500.00 HTS

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Cabinet d'Orthophonie Verdun

Réduction des troubles de l'articulation de la parole
Du langage oral et écrit chez l'enfant et l'adulte
Sur Rendez-vous et à domicile

FACTURE N° 001681

Le : 28/07/2000

Nom et prénom Semlali Ilyas

Diagnostic Dyslexie

Pour 10 Séances de RÉEDUCATION

ORTHOPHONIQUE Du LANGAGE ECRIT

Sur Ordonnance du Docteur DR Z. IRAQI

Selon le devis préétabli : 10 Séances x 150 = DH 1500,00 DH.

Arrêter la présente facture à la somme de Mille Cinq cent dirhams

Signature rda
ORTHOAPHONISTE
B.Rés. Casa-Anfa Angle Bd d'A
Rue Jaber Ibnou Hayane 4^e Etage
Tél: 05 22 22 25 38

Dr Zineb IRAQI

Pédopsychiatre



د. زينب عراقي
طبيبة نفسانية للأطفال والراهقين

Casablanca, le : 01/11/20 الدار البيضاء في :

Ellyas — 5em P.F.

20 séances Northcote center

Dr. Zineb IRAQI
Psychiatre Pédiatrique
Enfant et Adolescent
134, rue Ahmed El Joumari
Angle Boulevard Bir Anzarane Résidence Aya - 2^{ème} étage - N° 6 Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79 - e-mail: dociraqi@gmail.com

زنقة أحمد جوماري زاوية شارع بئر أنزاران إقامة آية - الطابق الثاني - رقم 6 المعاريف - الدار البيضاء
134, rue Ahmed El Joumari Angle Boulevard Bir Anzarane Résidence Aya - 2^{ème} étage - N° 6 Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79 - e-mail: dociraqi@gmail.com



Le 23 juin 2020

DR. IRAQI ZINEB
134, RES AYA ANG BIR ANZARANE ET RUE AHMED JOUMARI MAARIF
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE TOTALE
N/REF : : 20201750004616
Adhérent : DIBAJI LAILA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de ILYAS SEMLALI EL IDRISI.

Nous vous prions de noter que cette prise en charge est valable à concurrence du montant total de 4800.00 MAD.

- Part Mutuelle : 1920.00 MAD
- Part Adhérent : 2880.00 MAD

Validité de prise en charge : du 23-06-2020 au 23-09-2020.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Center d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à ILYAS SEMLALI EL IDRISI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.



NOTE AU DESTINATAIRE : La copie de la prise en charge est acceptée pour faire valoir le droit au paiement de la facture.

Le paiement des factures relatives aux P.E.C. est soumis aux conditions suivantes :

- Cette P.E.C. est nominative ne peut être cessible. Nous ne garantissons pas le paiement en cas de substitution du bénéficiaire
- Toute facture doit mentionner la cotation des actes médicaux et doit être accompagnée d'une copie de la présente P.E.C. et des notes d'honoraires des praticiens.
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Pour toute analyse ou radio prière de transmettre les résultats et comptes rendus sous plis.
- Toute facture doit être libellée au Nom de la MUPRAS.
- Identifiant fiscal (IF) Et l'identifiant commun de l'entreprise (ICE) doivent être obligatoirement mentionnés sur la facture.



Casablanca le 09 Juillet 2020

د. زينب عراقي
طبيبة نفسانية للأطفال و المراهقين

Fact 61/20

L'enfant Ilyas Semlali

Facture A L'attention de MUPRAS

12 Séances de Psychothérapie:

- 09/09/2019 02/03/2020
- 16/09/2019 18/03/2020
- 23/09/2019
- 07/10/2019
- 04/11/2019
- 25/11/2019
- 02/12/2019
- 16/12/2019
- 06/01/2020
- 27/01/2020

400.00Dh x 12=4800.00Dh

ICE :002143852000067

Dr. Zineb IRAQI
Psychiatre
Enfants Et Adolescents
134, Résidence Aya, Bd Bir Anzarane et rue Ahmed Joumari - 2^{ème} étage - Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79
E-mail: dociraqi@gmail.com