

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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-555627

ND: 35612

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12412 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : D. BASSAIL

Date de naissance : 01/01/46

Adresse : N° 12

Tél. : 0661048530 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Zineb IRAQI
Psychiatre
Enfants et Adolescents
134, Rés AWA, Angle Bd Bk Anzarane
Et Rue Ahmed Joumari, Madinet, Cas.
Tél: 05 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79

Date de consultation : 01/04/2020

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Incapable d'ingérer

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 : 27/04/2020

Signature de l'adhérent(e) :

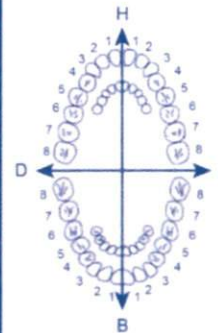
[illegible]

Dr. Zineb IRAQI
Psychiatre
Enfants et Adolescents
134, Rés AKA, Angle Bd Sir Anzar
Et Rue Ahmed Joumari, Médif,
Tél: 05 22 22 76 94 - 06 61 67 9

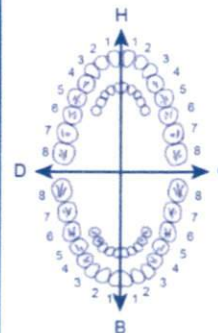
[illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<p>ORTHO PHONISTE</p> <p>Ré: Casa-Anfa Angl 50 m</p> <p>Rue Mohammed Vaya 4°</p> <p>0522.5025.50 - Casablanca</p>	<p>le: 20/07/2020</p>		10 AMORC			<p>10x 150</p> <p>=</p> <p>1500,00</p> <p>DHS</p>

* 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		C
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(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 TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Cabinet d'Orthophonie Verdun

Rééducation 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 : 28/7/2020

Nom et prénom Semlali Ilyes

Diagnostic Dyslexie

Pour 10 Séances de RÉÉDUCATION

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
Z. IRAQI
ORTHOPHONISTE
D. Rés. Casa - Anfa Angle Bd d'Anfa
Rue Jaber Ibnou Hayane 4° Etage
Tél: 05 22 22 25 38



Casablanca, le : 01/11/20

Elyas Sem P.P.

20 séances d'orthophonie

Dr. Zineb IRAQI
Psychiatre
Enfance
134, rue Ahmed El Joumari
Casablanca

Le 23 juin 2020

DR. IRAQI ZINEB
134, RES AYA ANG BIR ANZARANE ET RUE AHMED JOURARI 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 IDRISSI.

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 IDRISSI.

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

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, Rés Aya, Angle Bd Bir Anzarane
et Rue Ahmed Joumari, Maarif, Casablanca
Tél: 06 22 23 76 54 - 06 61 07 92 79