

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.

N° W21-791375

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 12948		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HOUACHMI Zineb AS55982
Nom & Prénom : HOUACHMI 31/03/84			
Date de naissance : 31/03/84			
Adresse : Résidence Ambars Imm 0 Appt 33			
20190 Casablanca			
Tél. : 06 61 95 67 27		Total des frais engagés : 2500,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	03/06/2023		
Nom et prénom du malade :	AIDAMSINE Fata		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	TB adopratin		
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 : Casablanca

Le : 05/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
03/06/23	psychologique SSéancs		250000	INP : 091268532
				

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

VOLET ADHÉSIF

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																								
Le praticien est pré 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'ODF.																								
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																				
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																							
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	<hr/>																							
	D																							
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	<hr/>																							
B																								
G																								
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
			FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
			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																								

Docteur Imane BOULAAJINE
PEDOPSYCHIATRE
PSYCHOTHÉRAPEUTE TCC
Bébé - Enfant - Adolescent



الدكتورة إيمان بولعجين
طبيبة نفسانية
عالجة نفسية
رضيع - طفل - مراهق

Diplôme de formation médicale spécialisée en pédopsychiatrie (Université de Rouen)
Diplômée en psychologie et psychopathologie du bébé (Université de Casablanca)
Diplômée en détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et adolescent (Université de Paris Descartes)

Casablanca le : 310323

ORDONNANCE :

Nom et prénom :

YASMINA AIDAWI

Age : (6 ans)

Clinique :

Trouble ados/ado

PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPIE :

5 séances

3 séances

Dr. Imane BOULAAJINE
الدكتورة إيمان بولعجين
Pédopsychiatre
طبيبة نفسانية
Bd. Bir Anzarane 9, Maarif, Casablanca
Tél. : 06 68 11 30 35

Docteur Imane BOULAAJINE

PEDOPSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE TCC

Bébé - Enfant - Adolescent



الدكتورة إيمان بولعجين

طبيبة نفسانية

معالجة نفسية

رضيع - طفل - مراهق

Diplôme de formation médicale spécialisée en pédopsychiatrie (Université de Rouen)

Diplômée en psychologie et psychopathologie du bébé (Université de Casablanca)

Diplômée en détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques

émergentes du jeune adulte et adolescent (Université de Paris Descartes)

Casablanca le:03 /06/2023

NOM : AIDANI YASMINE

NOTE D'HONORAIRE:

Séances de psychothérapie

Nombre de séances : 05 séances

07/04/2023

21/04/2023

01/05/2023

19/05/2023

03/06/2023

Note d'honoraire par séance : 500 dirhams

Montant total : 2500dirhams (Deux mille cinq cent dirhams)