

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.

Diologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 082.19

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KIBAT

HIEHAT

Date de naissance : 07-06-1968

Adresse : 6 TLOT 20 CGT Boeskouwt

Tél. : 0661469191

Total des frais engagés : 410 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Amine Benellouj
PEDOPSYCHIATRE
INPE : 09.02.27.31
N° 001634 Ben Kaddour
68, Bd. Abdellatif Ben Kaddour 26 CASA

Date de consultation : 24/07/2011

Nom et prénom du malade : A.B.I.R T. KIBAT Age : 19

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Dr. Amine Benellouj
PEDOPSYCHIATRE
INPE : 09.02.27.31
N° 001634 Ben Kaddour
68, Bd. Abdellatif Ben Kaddour 26 CASA
Tél : 05.22.94.50.22

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-050276

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Déclaration de Maladie

N° P19-

050276

42933

Optique

Autres

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

Dr. Amine Benellouj
PEDOPSYCHIATRE
INPE : 09.02.27.31
N° 001634 Ben Kaddour
68, Bd. Abdellatif Ben Kaddour 26 CASA

ABIR T. KIBAT

19

LE ACCUEIL

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

CGT Boeskouwt

6 TLOT 20

0661469191

410

Dhs

RAM

HIEHAT

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 SEP 2020	3	4,12	4,12	Dr. Amine Belhadj FEDOPSHYCHIATRE INPE N° 09 022731 68, Bd André Latif Belhadj Tel: 01 42 94 90 22 - CASA

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

RELEVE 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux

Dr. M. Amine BENJELLOUN
Pédiatre; MD, PhD.
- Professeur Associé de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à la Faculté de Médecine de Marseille
- Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
- Psychothérapie Parent - Enfant
- Docteur en Ethique et Philosophie de la Médecine,
Aix Marseille Université

الدكتور محمد أمين بن جلون
طب الأطفال
التحليل النفسي للأباء والأطفال
- أستاذ مساعد في الطب النفسي للأطفال
و المراهقين بكلية الطب (مرسيليا)
- جامعة البحر الأبيض المتوسط (فرنسا)

Casablanca, le :

24 SEP. 2020

ABIR KHBAZ

NOTE D'HONORAIRES

Consultation(s) de pédopsychiatrie du :

- (450 DA)
-
-
-
-

- Au cabinet
- A domicile
- En clinique
- Autre

Dr. Amine Benjelloun
PEDIOPSYCHIATRE
INPE: 091022731
ICE. N° : 001634234000012
68, Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél : 05.22.94.50.22 / 26 - CASA

En vous remerciant.

Dr. Amine BENJELLOUN
ICE : 001634234000012

Dr. M. Amine BENJELLOUN