

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : 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

Matricule : **05351**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom : **Bennani Elmane**

Date de naissance : **19/02/1958**

Adresse : **6, Rue Az Zahra palmer CASA**

Tél. : **0661324611**

Total des frais engagés :

100

Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : **28/01/2021**

Nom et prénom du malade : **BENNAI Eliba**

Age : **66**

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Difficulté d'apprentissage**

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 : **28/01/2021**

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
28/01/2021			4000 Dhs	<i>DR YOUSSEFIA DE BOU Psychiatre-psychanalyste Tél: 05 22 11 06 70 11 Rue Farhat Hammoud Résidence City 1er étage Quartier: Mar Sultane Casablanca</i>

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	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												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES																
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> <td style="text-align: left;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	G	21433552	D	00000000	B	00000000	00000000	35533411	00000000	11433553	
H	25533412	G	21433552													
D	00000000	B	00000000													
00000000	35533411	00000000	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																

Dr. Khadija DEROUI
Psychiatre- Psychothérapeute
Thérapie cognitivo-comportementale
Addictologie
Gérontopsychiatrie
Gestion de stress



الدكتورة خديجة الدروي
طبيبة إختصاصية في الأمراض النفسية
العلاج السلوكي المعرفي
علاج الإدمان
الطب النفسي للمسنين
تدبير الإرهاق

Date : 28.07.2022.

ORDONNANCE

Cher Confrère

Permettez moi de vous adresser
l'enfant Bennani Hiba, âgée de 6 ans,

Seule pour difficultés scolaires
(suspicion de dyslexie - dysorthographie).

Salles ETCDS pathologiques particulières.
je vous U adresse pour bilan orthophonique.

Conseil

Dr. Khadija DEROUUI
Psychiatre-psychothérapeute
Tél.: 05 22 22 10 67/06 89 52 91 25
77 Rue Farhat Hachad, Residence City 1er étage
Quartier Mers Sultan - Casablanca

إقامة ستى 77 زنقة فرحت حشاد، لطابق 1 شقة 18 - حي مرس السلطان - الدار البيضاء
Résidence City 77, rue Farhat hachad, 1er étage Appt 18 Quartier mers sultan - Casablanca
Tél : 0522 22 10 67 - 0689 52 91 25 - E-mail : dr.derouikhadija@gmail.com