

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

## armacie :

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.

## tique :

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.

## entaire :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 065674

JA609

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10024

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENOUNIR MOHAMED

Date de naissance : 03/11/1969

Adresse : 72, C31 MNZOLN, Rue 1, Hay HASSAN-CAS

Tél. : 0626.090.202 Total des frais engagés : 3600 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/02/2021

Nom et prénom du malade : BENOUNIR MOHAMED KHLIFI Age: 52/02/2012

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 : CPSA

Le : 24/02/2021

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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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 de la Hé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
<i>CABINET DE PSYCHOTHERAPIE LAHLOUN LOUBNA ET MAATIF Angle Bd Yacine et Rue Cadi Bakkouche ICE N° 002278860000014</i>	<i>Facture 24/02/21</i>		<i>12 séances de psychomotricité 12 x 300Dhs</i>			<i>CABINET DE PSYCHOTHERAPIE LAHLOUN LOUBNA ET MAATIF Angle Bd Yacine et Rue Cadi Bakkouche ICE N° 002278860000014</i>

## **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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Mme Lahlou Loubna

Psychomotricienne D.E.

Diplômée de l'Institut Supérieur de  
Rééducation Psychomotrice Paris



- Bilan psychomoteur
- Projet thérapeutique
- Prise en charge psychomotrice

السيدة لحلو لبني

إختصاصية في الترويض النفسي الحركي

خريجة المؤسسة العليا للترويض

النفسي الحركي بباريس - فرنسا

. تقييم نفسي حركي .

. مشروع العلاج .

. التكفل بالعلاج النفسي الحركي .

## FACTURE

Casablanca, Le 24/02/2021

**Nom du patient :** Benouar Ahmed Khalil

**Diagnostic :** Trouble du comportement

Nature de l'acte	Nombre	Prix unitaire	Montant
Séances de Psychomotricité	12	300,00 MAD	3600,00 MAD
<i>Arrêté la présente facture à la somme de :</i> <b>TROIQ MILLE SIX CENT DIRHAMS</b>			<b>TOTAL :</b> <b>3600,00 MAD</b>

CABINET DE PSYCHOMOTRICITE  
LALOUL LOUBNA  
Angle Bd Yaâroub El Mansour  
et Rue Cadi Bakka, Maârif  
Casablanca  
ICE N° 002278860000014

Coordonnées :



(+212) 6 80 72 30 90



[loubna.lahlou@psychomot.com](mailto:loubna.lahlou@psychomot.com)