

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 ayant 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

- | | |
|------------------------------------|----------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhession@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° W21-633942

(65507)

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9403

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENLEMLIH YASSINE

Date de naissance : 17/01/1973

Adresse : LOT CENTRAL PARK N°16 BOUSKOURA
CASABLANCA

Tél. : 06.63.608.602 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Nawal IDRISI KHAMILI
Pédiopsychiatre
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3
Gauthier - Casablanca
INPE: 091 189589
Tél: 0522 204 872 - 0522 10 69 04 26

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/06/2021

Nom et prénom du malade : BENLEMLIH LILYA. Age: 15 ANS

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Annette

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential 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 : 23/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | 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 de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|------------------------------|--|---------------------------|-------------|--|
| | | | | Coefficient des travaux <input type="text"/> |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
| | H 25533412 00000000 | G 21433552 00000000 | | Coefficient des travaux <input type="text"/> |
| | D 00000000 | G 00000000 | | |
| | H 35533411 | G 11433553 | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession | | | |
| | | | | Montants des soins <input type="text"/> |
| | | | | Date du devis <input type="text"/> |
| | | | | Date de l'exécution <input type="text"/> |



Docteur Nawal IDRISI KHAMLICHI

Pédopsychiatre - Psychothérapeute
Bébés - Enfants- Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
 - Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
 - Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة نوال إدريسي خمليش

طبيبة و معالجة نفسانية للأطفال
رضع - أطفال - مراهقين

- ٥- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
 - ٦- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال
 - ٧- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Ordonnance

Le : 23/06/2021

BENLENLIA *lilye*

05 sciences de psychopathie rapide:

26/05/2021

02/06/2021

09/06/2021

1610612021

2310612021

Hémataires percus

$$400 \times 5 = 2000 \text{ dyn}$$

(Dear little ~~girl~~ ^{boy})

Dr. Nawal IDRISI KHAMLICHI
Pédopsychiatre
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3
Casablanca
Tél: 0522 204 83
Fax: 0522 204 88
e-mail: n.khamlichi@wanadoo.fr





Cabinet de Pédopsychiatrie

Docteur Nawal IDRISI KHAMLICHI

Pédopsychiatre - Psychothérapeute
Bébés - Enfants- Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
- Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
- Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة نوال إدريسي خمليشي

طبيبة و معالجة نفسانية للأطفال
رضع - أطفال - مراهقين

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد للأطفال
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Ordonnance

Le : 26 MAI 2021

BENZEMULINA 0,05%

10 séances de psychothérapie.
à raclier sur 4000m²/ séance soit
un total de 40000m².

Renouveler en cas de besoin.

Dr. Nawal IDRISI KHAMLICHI
Pédopsychiatre
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3
Gauthier Casablanca
INPE: 091489589
Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26





Cabinet de Pédopsychiatrie

Docteur Nawal IDRISI KHAMLICHI

Pédopsychiatre - Psychothérapeute Bébés - Enfants- Adolescents

- Diplômée de la Faculté de médecine de Casablanca
 - Ancien médecin attaché à l'Hôpital d'Enfants CHU Ibn Rochd
 - Ancien interne des Hôpitaux de Paris

دكتورة نوال إدريسى خمليشى

طبيبة و معالجة نفسانية للأطفال
رضع - أطفال - مراهقون

- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
 - طبيبة سابقاً بالمستشفي الجامعي ابن رشد للأطفال
 - طبيبة داخلية سابقاً بمستشفيات باريس

Ordonnance

Le : 26 MAI 2021

Arrivé au Maroc
Dr. Nawal IDRISI KHAMLICH
Pédopsychiatre
6, Rue-Sidi Brahim RDC N° 3
Gauthier, Casablanca
INPE: 091189588
Tél: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26
à la suivante

Le 20/03/05 présente une forte anxiété
avec des troubles de sommeil et
nécessitant une prise de benzodiazépines.
Pédiopsychiatre : Dr. NAWAL IDRISI KHAMLICHI
et délivré un certificat pour son état clinique.
Le 20/03/05 Dr. NAWAL IDRISI KHAMLICHI
Pédiopsychiatre
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3
Gauthier - Casablanca
011 589589 - 00 26

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le / /20..
26 MAI 2021

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9403 e-mail : ybenlemlih@royalairmaroc.com, Phones : 0663.608.602

Nom et Prénom de l'adhérent : BENLEMЛИH YASSINE

Nom et Prénom du bénéficiaire : BENLEMлиH LIL YA

A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Pédopsychiatre

6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3

Gauthier - Casablanca

INPE: 091189589

Tel: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26

Benlemlih Laheyra

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M.

Nécessite 10 % de disponibilité

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS):

Fatigue ambiante + trouble du sommeil

Cachet, date et signature du praticien

Dr. Nawal IDRISI KHAMLICHI
Pédopsychiatre
6, Rue Sidi Brahim RDC N° 3
Gauthier - Casablanca
INPE: 091189589
Tel: 0522 204 872 - 06 10 69 04 26

A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.