

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° W21-706616

112283

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 51118 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDELKrim SAMIR

Date de naissance : 15/6/1960

Adresse : YOUSSE RA M Jnane California

Tél. : 0669650503 Total des frais engagés : 6000 D H Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KAHLAOUI MOHAMED
Médecin Psychiatre
Psychothérapeute-Addictologue
05 22 87 14 17/06 97 97 61

Date de consultation : 27/10/2022

Nom et prénom du malade : BENABDELKrim WALI Age : 57

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Affect. psychologique

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 : 26/05/2022

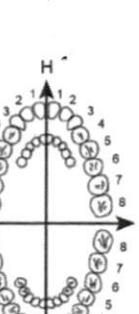
Signature de l'adhérent(e) :

YI

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
D. KAHLAOUI MOHAMMED Médecin Psychiatre Psychothérapeute-Addictologue Tel: 05 22 82 14 17/06 97 97 97 61	27/04/12				+ 500 DH
		TOTAL		7 6000 DH	

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 l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for selecting type of treatment)	Coefficient (Rows for selecting coefficient)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black; margin-bottom: 10px;" type="text"/>																				

Dr. KAHLAOUI Mohammed

Médecin psychiatre de l'Adulte,
de l'adolescent et du sujet âgé

Spécialiste en Addictologie

Psychothérapeute

Thérapie Cognitive et Comportementale

Thérapie interpersonnelle

Psychologie positive



د. محمد كحلاوي

طبيب اخصاصي في الأمراض
النفسية والعصبية

اخصاصي في طب الإدمان

معالج نفسي

العلاج السلوكى المعرفي

العلاج بين شخصي

علم النفس الإيجابي

ORDONNANCE

Casablanca le

27/04/22

facture

BENABDELKrim WALID

12 réance à 500 DH

Total 6000DH =

Dr. KAHLAOUI MOHAMMED
Médecin Psychiatre
Psychothérapeute-Addictologue
Tél: 05 22 87 14 17/06 97 97 61

293، شارع عبد المؤمن عمارة مرجانة الطابق 3 رقم 1 - الدار البيضاء

293, Bd Abdelmoumen, Imm. Mرجانة 3ème Etage N°1 - Casablanca

📞 05 22 86 14 17 - 06 97 97 61 - 06 60 89 16 89 📩 kahloui.med5@gmail.com