

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

M23-0023117

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11 042

Société : R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED

Date de naissance : 18 - 08 - 1971

Adresse : H. 4, Rue TERRASSI ANG. ABOU TAOUR

MARRAKESH

Tél. : 0664715143 Total des frais engagés : 30.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHALAF MOHAMED Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

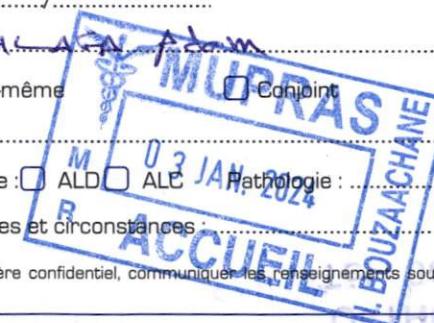
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : 30.12.2023

Signature



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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

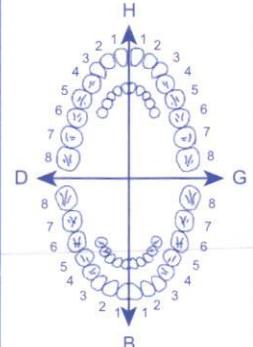
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	
BNHAASSOU ZAINAB ORTHOPHONISTE TELE: 0696 84 64 21 ORTHOGRAPHISTE TELE: 0696 84 64 21 ORTHOGRAPHISTE TELE: 0696 84 64 21 ORTHOGRAPHISTE TELE: 0696 84 64 21	10/12/93	10	X	A.M.O.	X	300 x 10 = 3000

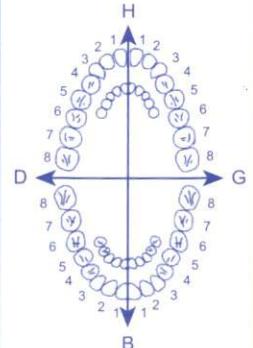
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	Coefficent	Coefficent des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

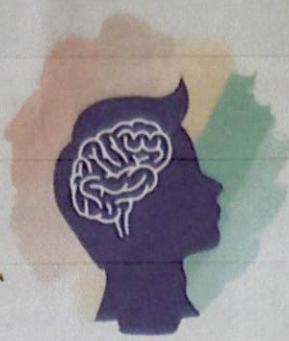
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr BOUCHEBTI Soukaina

Pédopsychiatre - Psychothérapeute

- Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
- Diplôme de formation médicale spécialisée en Pédopsychiatrie de l'Université Libre - Bruxelles
- Diplômée en troubles des apprentissages scolaires de l'Université Catholique - Lille
- Ancien Pédopsychiatre à l'hôpital d'enfants Reine Fabiola - Bruxelles et l'hôpital Abderrahim El Harouchi de Casablanca



د. البوشبتي سكينة

- طبيبة نفسية للأطفال والمرأهقين - العلاج النفسي بالجلسات
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم تدريب طبي متخصص في الطب النفسي للأطفال من جامعة بروكسيل الحرة
- دبلوم في اضطرابات التعلم الأكاديمي من الجامعة الكاثوليكية، ليل - فرنسا
- طبيبة نفسية سابقة للأطفال بمستشفى رين فابيو لا للأطفال ببروكسل ومستشفى عبد الرحيم الهاروشي بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le 11/07/2023

Nom & Prénom du Patient : Adam Khlofa

Age : DN : 20/09/2019

Renseignements cliniques :

Retard de langage + Traits autistiques
+ Instabilité psychomotrice.

Séances de rééducation orthophonique : 30 séances

2 séances / semaine
+ bilan orthophonique

SVP

Dr. S. BOUCHEBTI
Pédopsychiatre
60, Boulevard Bir Anzarane, Appartement 9
Casablanca - Tél.: 06 61 62 11 55

د. البوشبتي سكينة

طبيبة نفسية للأطفال والراهقين - العلاج النفسي بالجلسات

- خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

- دبلوم تدريب طبي متخصص في الطب

النفسي للأطفال من جامعة بروكسل الحرة

- دبلوم في اضطرابات التعلم الأكاديمي من

الجامعة الكاثوليكية، ليل - فرنسا

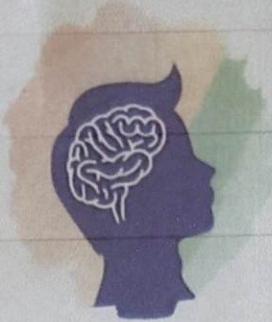
- طبيبة نفسية سابقة للأطفال بمستشفى رين فابيو لا للأطفال

بروكسل ومستشفى عبد الرحيم الهاروشي بالدار البيضاء

Dr BOUCHEBTI Soukaina

Pédopsychiatre - Psychothérapeute

- Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca
- Diplôme de formation médicale spécialisée en Pédopsychiatrie de l'Université Libre - Bruxelles
- Diplômée en troubles des apprentissages scolaires de l'Université Catholique - Lille
- Ancien Pédopsychiatre à l'hôpital d'enfants Reine Fabiola - Bruxelles et l'hôpital Abderrahim El Harouchi de Casablanca



CERTIFICAT MÉDICAL

Dr. S. BOUCHEBTI Casablanca, le 11/07/2023
Pédopsychiatre

60, Boulevard Bir Anzarane, Appartement :
Casablanca - Tél.: 06 51 62 11 53

Je soussignée _____ certifie avoir reçu
l'enfant Adam Khloja

en consultation pédopsychiatrique qui présente un retard de langage, des traits autistiques, une instabilité psychonotrice

et qui nécessite un suivi pédopsychiatriques + des rééducations spécialisées en orthophonie et en psychomotricité + des Ida orthophonique et psychomotrice

Ce certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

Dr. S. BOUCHEBTI
Pédopsychiatre
60, Boulevard Bir Anzarane, Appartement :
Casablanca - Tél.: 06 51 62 11 53

N° Dossier: 173684 

N° Dossier externe: ACC-11042-01/09/2023

Type de dossier: PSYCHOLOGIE

Bénéficiaire: KHLAFA ADAM

Situation: En attente

Sous-situation: ---

Date de début: 01-09-2023 

Date de fin: 01-09-2023 

Date de saisie: 01-09-2023

Événement: 

Commentaires pour l'édition

Ajouter

Commentaires existants [+]

Date	Type	Commentaire
06-09-2023	Manuel	OK PEC 30 SEANCES PSYCHOMOTRICITE+30 SEANCES ORTHOPHONIE

Zainab BENHASSOUN

Orthophoniste

N° ICE : 003362479000023

60 BD BIRANZARANE RESIDENCE ZIAD 5 EME ETAGE MAARIF CASABLANCA

TEL : 0669263222

Facture n° 18 :

PATIENT : KHLAFA Adam

10 séances d'orthophonie : 300.00 Dhs x10= 3000.00 Dhs, soit trois milles dirhams.

Calendrier des séances :

- 1 séance : le 08/11/2023
- 2 séances : le 10/11/2023
- 3 séances : le 15/11/2023
- 4 séances : le 17/11/2023
- 5 séances : le 22/11/2023
- 6 séances : le 24/11/2023
- 7 séances : le 29/11/2023
- 8 séances : le 01/12/2023
- 9 séances : le 06/12/2023
- 10 séances : le 08/12/2023

Facture établie pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Casablanca le 30/12/2023

BENHASSOUN ZAINAB
ORTHOPHONISTE
Tél: 0669263222