

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.

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



Déclaration de Maladie

M23-0023117

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11042

Société : R. A. M

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KHLAFA MOHAMED

Date de naissance : 18-08-1971

Adresse : H. RUE TERTIEN ANG ABU TAOUR

MARRAKECH

Tél. : 0664715443

Total des frais engagés : 3000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KHLAFA MOHAMED

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 : Marrakech

Le : 30 / 12 / 2023

Signature :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ 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

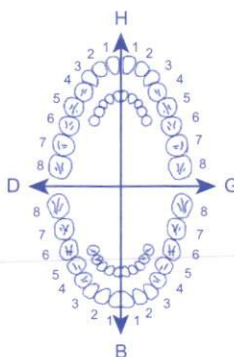
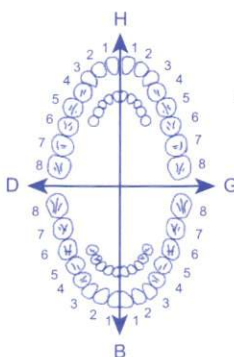
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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	Nature des Soins	Coefficient											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>									
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
							FIN D'EXECUTION <input type="text"/>							
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>										

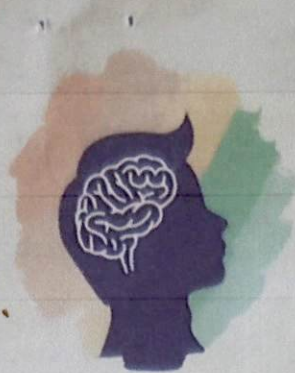
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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 سوكينة

- طبيبة نفسية للأطفال والمراهقين - 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 فايولا للأطفال ببروكسيل ومستشفى عبد الرحيم الهاروشي بالدار البيضاء

ORDONNANCE

Casablanca, le 11/07/2023

Nom & Prénom du Patient : Adam Khilafa

Age : DN: 20/09/2019

Renseignements cliniques :

Retard de langage + Traits artistiques.
+ Instabilité psychomotrice.

Séances de rééducation orthophonique : 30 séances

2 séances / semaine
+ bilan orthophonique
SVP

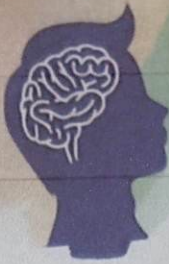
Dr. S. BOUCHEBTI
Pédopsychiatre

60, Boulevard Bir Anzarane, Appartement 9
Casablanca - Tél.: 06 61 62 11 53

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 سوكينة

طبيبة نفسية للأطفال والمراهقين - 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 فابيولا للأطفال

ببروكسيل ومستشفى عبد الرحيم الهاروشي بالدار البيضاء

CERTIFICAT MÉDICAL

Casablanca, le 11/07/2023

Dr. S. BOUCHEBTI
Pédopsychiatre

60, Boulevard Bir Anzarane, Appartement 9
Casablanca - Tél.: 06 51 62 11 53

Je soussignée

certifie avoir reçu

l'enfant

Adam Khilafa

en consultation pédopsychiatrique qui présente un retard de

langage, des traits autistiques, une
instabilité psychomotrice

et qui nécessite

un suivi pédopsychiatrique
+ des rééducations spécialisées en
orthophonie et en psychomotricité +
des bilans orthophonique et psychomoteur

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

Dr. S. BOUCHEBTI
Pédopsychiatre

60, Boulevard Bir Anzarane, Apparte
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 : 0669 84 64 21