

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETES

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 canaux, 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 canaux.

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 : adhésion@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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-791353

155984

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matrice : 12948

Société : RA17

☒ Actif ☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : HOACHTI Zineb

Date de naissance : 31/03/84

Adresse : Residence Ambar 1 App 033 Quartier Amag

20190 Casablanca

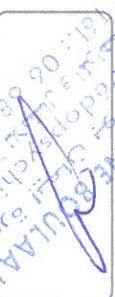
Tél : 06 61 19 47 27

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/03/2023

Nom et prénom du malade : AIDAN HIBI

Age : 10ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Traite adénoma

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 : 31/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-791353

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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	
31/03/12	Deux Séances,			INP : [] [] [] [] [Signature]	
	de psychomotricité				

[illegible]

31/03/12 Deux séances de psychomotricité

[illegible]

Montant de la Facture

[illegible]

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

[illegible]

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Date des

A1

$$\frac{P}{Q}$$

ember

1

Montant détaillé
des Honoraires

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Le praticien est libre 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible][illegible]

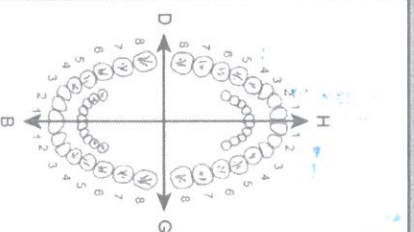
COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTIONFIN
D'EXECUTIONDETERMINATION DU COEFFICIENT
MASTICATOIRE

MASTIC/

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

25533412	21433552
00000000	00000000

00000000	00000000
35533411	11433553

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Imane BOULAAJINE

PEDOPSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE TCC

Bébé - Enfant - Adolescent



الدكتورة إيمان بولعجين

طبيبة نفسانية

معالجة نفسية

رضيع - طفل - مراهق

Diplôme de formation médicale spécialisée en pédopsychiatrie (Université de Rouen)

Diplômée en psychologie et psychopathologie du bébé (Université de Casablanca)

Diplômée en détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et adolescent (Université de Paris Descartes)

Casablanca le : 31/03/23

ORDONNANCE :

Nom et prénom :

Hi'ba Aïdani

Age :

10 ans

Clinique :

T6 adaption

PRISE EN CHARGE PSYCHOTHERAPIE :

10 séances de psychomotricité
10 séances de psychoéducation

Dr. IMANE BOULAAJINE
Pédopsychiatre
Tél.: 06 68 11 30 35

Docteur Imane BOULAAJINE

PEDOPSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE TCC

Bébé - Enfant - Adolescent



الدكتورة إيمان بولعجين

طبيبة نفسانية

معالجة نفسية

رضيع - طفل - مراهق

Diplôme de formation médicale spécialisée en pédopsychiatrie (Université de Rouen)

Diplômée en psychologie et psychopathologie du bébé (Université de Casablanca)

Diplômée en détection et interventions précoces des pathologies psychiatriques émergentes du jeune adulte et adolescent (Université de Paris Descartes)

Casablanca le : 31/03/2023

NOM : AIDANI HIBA

Devis séance de psychothérapie:

Séances de psychothérapie

Nombre de séances : 10 séances

Calendrier des séances de psychothérapie:

07/04/2023

14/04/2023

21/04/2023

28/04/2023

05/05/2023

12/05/2023

19/05/2023

26/05/2023

02/06/2023

09/06/2023

Note d'honoraire par séance : 500 dirhams

Montant total : 5000dirhams (cinq milles dirhams)

Dr. IMANE BOULAAJINE
Pédopsychiatre
Tel.: 06 68 11 30 35