

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.

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

N° W19-577291

PEUIS

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	20496	Société :	PSA
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ADOUSS SI DI
Nom & Prénom : ADOUSS SI DI			
Date de naissance : 13/12/1970			
Adresse : 607 AMMOSSINE HAU BEN ASSIR			
Tél. : 06 61343602 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

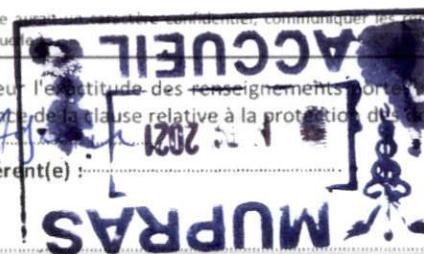
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait été mal diagnostiquée, 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 : Agadir Date : 05/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



MUPRAS

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-577291

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 :

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
ABID Khadija Psychomotricienne زخارفية 06.61.29.08.50/05.28.84.88.79 abid.khadija@hotmail.fr	04/03/2015 Deux				200 Dhs. 10 séances 2000 Dhs

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																					
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"/>																
DENTES DENTAIRES				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
ODF PROTHÉSES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>	
H		G																			
25533412	21433552	00000000	00000000																		
00000000	00000000	35533411	11433553																		
B																					
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																	

Cabinet de Psychomotricité

Agadir, le 04/03/2024

Devis

Nom et prénom : Aouss Mohamed Rida

Prescription le : 19/02/2024 Docteur : Aziz KHANNAS

Rééducation : Retard des acquisitions, Hyperactivité, Trouble de concentration
Cotation : psychomotricité

Nombre de séances : 10 séances

Prix unitaire : 200 dh

Montant total : 2000 dh

Arrêté le présent devis à la somme de : Deux mille dh

ABID Khadija
Psychomotricienne
أختانة العصبية
06.61.29.08.50/05.28.84.88.79
abid_khadija@hotmail.fr

عيادة طب الأطفال وتربيـة الرضـيع

Cabinet de Pédiatrie et de Puériculture

Dr. Aziz KHANNOUS

Pédiatre Spécialiste

Pédiatrie-Néonatalogie-Allergologie-Pneumo Pédiatrie et Dermato Pédiatrie
Neuropédiatrie (EEG) - Endocrinologie - Diabétologie Pédiatrique

Diplômé de l'Université de Paris V- Nice

Ancien Patricien Hospitalier des Hôpitaux de France

Ancien Enseignant de l'I.F.S.I. France

- Spécialiste des Maladies du Nouveau Né du Nourrisson et de l'Enfant
- Pédiatre Spécialiste : Diplôme Inter Universitaire de Pneumopédiatrie et de l'Allergie (Asthme, Toux, Exploration de l'Allergie, Exploration Fonctionnelle Respiratoire de l'Enfant)
- Pédiatre Spécialiste : Diplôme Inter Universitaire de Dermatologie Pédiatrique
- Diplôme Universitaire de Pédiatrie en Maternité (Prise en Charge du Nouveau Né Salle de Naissance)
- Attestation de Formation en EEG Pédiatrique – Paris Crétel
- Certificat de Endocrinologie – Diabétologie Pédiatrique Université Paris Diderot
- Membre de la Société Française de Pédiatrie
- Membre de la Société Pédiatrique de Pneumologie de l'Allergologie Française (SP2A)
- Membre de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique
- Membre de GEN-IF (Paris)



الدكتور عزيز خنوش

طبيب الأطفال أخصائي

طب الأطفال - طب أمراض الرئة والحساسية وأمراض الجلد عند الطفل
التخطيط الكهربائي للدماغ عند الطفل - أمراض الغدد والسكري عند الطفل

خريج جامعة باريس 7 - نيس

طبيب أخصائي سابقاً بمستشفيات فرنسا

أستاذ سابق بـ I.F.S.I. فرنسا

- أخصائي في أمراض الطفل والرضيع والمولود الجديد

- حاصل على دبلوم جامعي في الأمراض التنفسية والرئة عند الطفل (الربو، الضيق، السعال، تشخيص الحساسية، تشخيص وظيفة الرئة)

- حاصل على دبلوم جامعي في الأمراض الجلدية عند الطفل

دبلوم

انعاش المولود الجديد بباريس

- حاصل على شهادة التخطيط الكهربائي للدماغ عند الطفل بباريس كريتني

- حاصل على شهادة في أمراض الغدد والسكري عند الطفل بباريس

عضو

بالمجتمعية الفرنسية لطب الأطفال وأمراض الرئة والحساسية بفرنسا

- عضو بالمجتمعية الفرنسية لأمراض الجلدية عند الطفل

عضو

بالمجتمعية الفرنسية لأمراض الرئة والحساسية بفرنسا

- عضو بجمعية طب المولود بباريس

Tiznit, le : 19.02.2021 تيزنيت، في :

Nom : AOUSS Prénom : Mohamed Rida

Poids : 16,00 Kg Age : 4 ans 1 mois

- PSYCHOMOTRICITE

faire svp des seances de psychomotricite pour l enfant sus nommé et qui présente un retard des acquisitions hyperéactivite+++ de concentration
merci

Dr Aziz KHANNOUS

Rendez-vous avec Ordonnance le :

$$\eta = \text{ABCD} \quad (1)$$

0528848879

(5, 2, 1, 8, 4, 8, 8, 7, 9)