

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Dhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8482Société : R.A.M. Actif Pensionné(e) Autre :Nom & Prénom : MOULGOU MRI NouraDate de naissance : 04.03.1958Adresse : AmrTél. : 06 61 92 86 24

Total des frais engagés :

400.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/1/19Nom et prénom du malade : MOULGOU MRI Noura d'AMR Age : 13 ans

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Troubles aux yeux de l'enfant

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



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
18/02/19		5	40000	Dr. Aline BENJELLOUN Pedopsychiatre Abdelatif Ben Kaddour 20.22 / 26 - CASA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

$$\begin{array}{r} H \\ \hline D & \left| \begin{array}{r} 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \end{array} \right. \end{array}$$

(Création, remont, adjonction)

The diagram illustrates the H-D-B coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top. The horizontal axis pointing left is labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The axis pointing down is labeled 'B' at the bottom. A series of small circles are arranged along the H-axis, with numbers 1 through 8 placed above them to indicate their position along the axis.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. M. Amine BENJELLOUN
Pédiatre; MD, PhD.
- Professeur Associé de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent à la Faculté de Médecine de Marseille
- Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
- Psychothérapie Parent - Enfant
- Docteur en Ethique et Philosophie de la Médecine, Aix Marseille Université

الدكتور محمد أمين بن جلون
طب الأطفال
التحليل النفسي للأباء والأطفال
استاذ مساعد في الطب النفسي للأطفال
والمراهقين بكلية الطب (مرسيليا)
جامعة البحرين الأبية المتوسط (فرنسا)

Casablanca, le :

18/9/19

Med AMINE Moulouyem

NOTE D'HONORAIRES

Consultation(s) de pédopsychiatrie du :

- (4000h)

Au cabinet

- A domicile
 - En clinique
 - Autre

En vous remerciant.

Dr. Amine BENJELLOUN
ICE : 001634234000012

Dr. M. Amine BENJELLOUN