

## 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.

N° W19-485222

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10348

Société : RAT 53296

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dib Justapha

Date de naissance : 01/01/1966

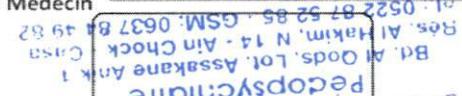
Adresse : Hay Lamiae Bloc 17 n°f Casablanca

Tél. : 06 73 49 44 00

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16-01-16

Nom et prénom du malade : DR. OSSAMA

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie psychiatrique

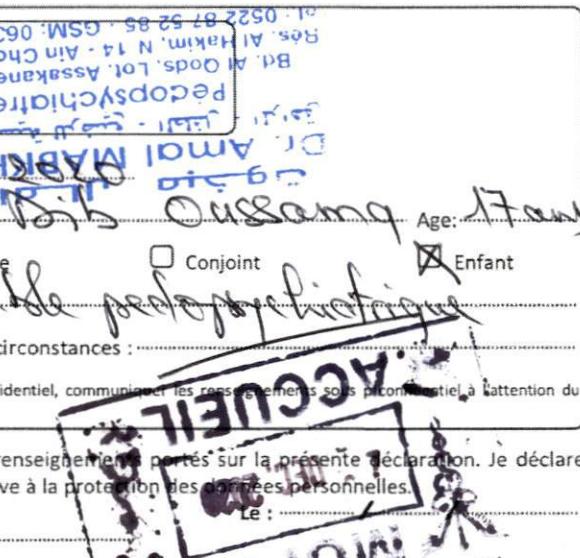
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie psychiatrique

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 : 16-01-16

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  |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/08/2020      | 01 séance de physiothérapie |                       | 300,00 DHS<br>(Trois cents DHS) | INP : 0912410026<br>YOUSSEF CHOUAIKHE AOUA<br>Signature Médecin |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

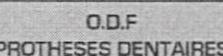
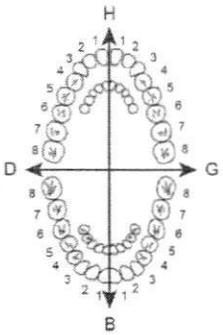
## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

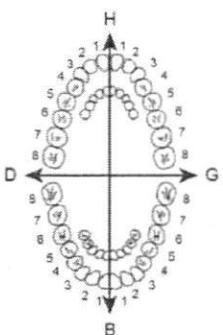
### VOLET ADHERENT

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



## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| H                        |          |
| 25533412                 | 21433552 |
| 00000000                 | 00000000 |
| <input type="checkbox"/> | G        |
| 00000000                 | 00000000 |
| 35533411                 | 11433553 |



## [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

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

## DEBUT D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

## COEFFICIENT DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# Dr Amal MABKHOUT

- Pédopsychiatre
- Bébé - Enfant - Adolescent
- Psychothérapeute
- Addictologue
- Ancienne interne à l'hôpital  
Sainte Anne Paris (France)



# الدكتورة أمال مبخوت

- طبيبة نفسية للرضع والأطفال والمرأهقين
- العلاج النفسي بالجلسات
- أخصائية في علاج الإدمان
- طبيبة سابقاً بمستشفيات باريس (فرنسا)

Casablanca, le 16/12/2020

## ordonnance

Le patient Béb oussama  
âgé de 17 ans a bénéficié d'une  
Séance de Psychothérapie à la  
date de ce jour le 16/12/2020  
tant le patient

Dr. AMAL MABKHOUT  
Bd. Al Qods, Lot. Assakane Al Anik 1<sup>er</sup> Res, Al Hakim, N° 14  
(en face Pâtisserie les Quatre Cerises) Ain Chock - Casablanca  
Tél : 05 22 87 52 85 - GSM : 06 37 84 49 82  
GSM: 0637844982  
Bd. Al Hakim, N° 14  
Rés. Lot. Assakane Al Anik 1<sup>er</sup>

شارع القدس، تارفينا، الأنصق، 1، إقامة الحكيم، الرقم 14، عين الشق - البيضاء

Bd. Al Qods, Lot. Assakane Al Anik 1<sup>er</sup> Res, Al Hakim, N° 14  
(en face Pâtisserie les Quatre Cerises) Ain Chock - Casablanca

Tél : 05 22 87 52 85 - GSM : 06 37 84 49 82