

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 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 : 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° W21-629576

MD 16078

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01552 Société : ERM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAUSSISSAR MOHAMMED

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : 37, Rue 3 Andalous 14 ORA

Tél. : 066146072 Total des frais engagés : 786,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/05/2021

Nom et prénom du malade : LAUSSISSAR MOHAMMED

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

Nature de la maladie : Dépression

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 : 01/05/2021 ORA Le : 01/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-629576

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 : 01552

Nom de l'adhérent(e) : LAUSSISSAR MOHAMMED

Total des frais engagés : 786,00

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
04/05/21	C	C	400 DHS	INP : 0301040000 D. Salima BEN MOUAMM Psychiatre Psychotrope Addictologue 223, Bd. Brahim Bouadani 15 Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE du 2 MARS Mme. EL ALAOUI Aïcha 575, Av. du 2 Mars Andalous 1 Tél : 05 22 28 57 84 - Casablanca	04/05/21	386,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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. Salima BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د سليمة بنموعة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

04/05/2021.

M. Lakssissar Mohamed

LOT 0003392
EXP 04/23
PPV 94DH00

LOT 0003392
EXP 04/23
PPV 94DH00

LOT 200711
EXP 01/2023
PPV 99.00DH

LOT 201158
EXP 04/2023
PPV 99.00DH

99,00x2

1) Odes Long

94,00x2 0-0-1

2) Velaver 37,5mg
1-0-0

PHARMACIE du 2 Mars
Mme. EL ALAOUJ Aïcha
575, Av. du 2 Mars Andalous
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca

PHARMACIE du 2 Mars
Mme. EL ALAOUJ Aïcha
575, Av. du 2 Mars Andalous 1
Tél : 05.22.28.57.84 - Casablanca

ttt de 2 mois.

le 29/08/2021

à 10h00.

386,00

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue
223, Bd. Brahim Roudani N°13
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca
Tél : 05 22 98 18 31 / GSM : 06 51 82 89 53

Résidence Azaghar, 223 Bd Brahim Roudani, Appt N°13, 4ème étage, Casablanca

Tél : 05 22 98 18 31 - Mob : 06 51 82 89 53 - Email : dr.s.benmouama@gmail.com

Dr. Salima BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د سليمة بنمودة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

04/05/2021

M. Lakssissar Mohamed

Note d'honoraires = 400
DAS

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue
223, Bd. Brahim Roudani N°13
résidence Azaghar - Maarif - Casablanca
Tél : 05 22 98 18 31 - GSM : 06 51 82 89 53

Résidence Azaghar, 223 Bd Brahim Roudani, Appt N°13, 4ème étage, Casablanca

Tél : 05 22 98 18 31 – Mob : 06 51 82 89 53 – Email : dr.s.benmouama@gmail.com