

## 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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  
16/07/21

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 01552	Société : ENR		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LAKSISSEK MOHAMMED			
Date de naissance : 01/07/1956			
Adresse : 37, Rue 3 Andalous 1 <sup>er</sup> ENRA			
Tél. : 0661460372	Total des frais engagés : 786,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 04/05/2021			
Nom et prénom du malade : La Kssissen			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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  
 Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/05/2021

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) : LAKSISSEK MOHAMMED
Total des frais engagés : 786,00	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
06/10/51 Ran 21	C	C	400 Dts	INP : 103111314111 Dr. Salima BEN MOUAM Psychiatre Psychothérapeute Addictologue 223 Bd Brahim Bourguiba 15 Casablanca, Maroc

## 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 22.28.57.84 - Casablanca)	24/05/21	386,00

## ANALYSES - RADIOPHGRAPHS

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

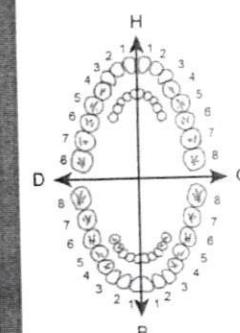
### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODR.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
	00000000
35533411	11433553
	R

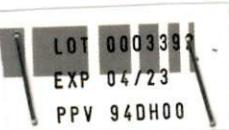


### (Création, remont, adjonction)

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISÉ ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



99,00DH

ORDONNANCE

04/05/2021

M. Lakssi ssar Mohamed

LOT 200711  
EXP 01/2023  
PPV 99.00DH

1) Odes Gomf

94,00DH 0 - 0 - 1

2) Velador 37,5mg

1 - 0 - 0

LOT 201158  
EXP 04/2023  
PPV 99.00DH

tit de 2mois.

le 25/05/2021

à 10h 00

386,00

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

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

Dr. Salima BEN MOUAMA  
Psychiatre Psychothérapeute  
Addictologue  
223, Bd. Brahim Roudani N°13  
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca  
05 22 98 18 31 / GSM 0651 82 89 53



ORDONNANCE

04/05/2021

M. lakssissar Mohamed

Note d'honoraires = 400  
DHS

Dr. Salima BEN MOUAMA  
Psychiatre Psychothérapeute  
Addictologue

223, Bd. Brahim Roudani N°13  
résidence Azaghar - Maârif - Casablanca  
05 22 98 18 31 - GSM: 06 51 82 89 53