

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 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 |
| ○ 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.

12542

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 01552

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MOHAMMED FAKKASSI

Date de naissance :

01-07-1986

Adresse :

31, Rue 3 Anfa, Casablanca 1a - CASA

Tél. : 0661160371

Total des frais engagés : 438,70 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. Salima BEN M'hamed
Psychiatre
223, Bd. Brahim Roudani N° 1
Résidence Azaghay Casablanca N° 1
Tél.: 0522 98 13 31 / GSM : 0651 82 89 55

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/08/2022

Nom et prénom du malade :

Mohammed Fakkissi

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Insomnie

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 : Casablanca

Le : 04/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

MUPRAS

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
04/08/2022	C	-	400	INP : 091191411 Dr Salima BEN MOUAM Psychiatre - Psychothérapeute Addictologue

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	223, Bd. Brahim Roudani Résidence Azaghar -Maarif - Casablanca Tél : 0522 98 13 31 / GSM : 0651 82 89 53
PHARMACIE du 2 MARS Mme EL LAOUI Aïcha 57522 Casablanca 57.84 - Casablanca 05 22 28 57 84 - Casablanca 202000421	04/08/22	38.70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Mme EL ALAOUI Aïcha 573, AV. du 2 Mars Andalous 11-05-22-28 57-84 - Casablanca	09/08/22		

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

VOLET ADHERENT

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 canalaire, 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"/>												
					Début d'exécution <input type="text"/>												
					Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">G</td> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552															
D	00000000	00000000															
B	00000000	00000000															
G	35533411	11433553															
		Coefficient des travaux <input type="text"/>															
		Montants des soins <input type="text"/>															
		Date du devis <input type="text"/>															
		Date de l'exécution <input type="text"/>															



ORDONNANCE

04

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue
223 Bd Brahim Roudani N°13
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 13 31 / GSM : 0651 82 89 53

Mohammed Lakssissar

Note d'honoraires

400 DHS

(Signature)

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue
223 Bd Brahim Roudani N°13
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 13 31 / GSM : 0651 82 89 53

PSYCHIATRE

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

PSYCHOTHÉRAPEUTE

معالجة نفسانية

ADDICTOLOGUE

اختصاصية في الإدمان



Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue
223, Bd Brahim Roudani N° 13
Résidence Azaghlar - Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 13 31 / GSM : 0651 82 89 53

ORDONNANCE

Mohammed La Kssissar

3870

⑤ Laroxyl 25mg
0-0- $\frac{1}{2}$



ttt de 2mois
1

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue
223, Bd. Brahim Roudani N°13
Résidence Azaghlar - Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 13 31 / GSM : 0651 82 89 53