

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

- Reclamation : 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° W21-700363

153121

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 9728		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : LAMAAYA Zined / Lamia Nabil			
Date de naissance : 01-01-68			
Adresse : habi-fuelle			
Tél. : 0634604287		Total des frais engagés : 501 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<p>Cachet du médecin : 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 8-02-23</p>		
	Date de consultation :		
	Nom et prénom du malade : LAMAAYA Zined		
	Age: 49ans		
	<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint</p> <p>Nature de la maladie : <i>Analecte</i></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'atté médecin conseil de la Mutuelle.</p>		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca.

Le : 28/02/23

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
28/02/2023 C		—	400	INP : 091191411 Dr. Salima BEN MOUAMA Psychiatre - Psychothérapeute Addictologue N° 13 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28-2	201.00
	23	

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
		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

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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">G</td> <td style="text-align: center; border-top: none;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-bottom: none;">B</td> <td style="text-align: center; border-bottom: none;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G		00000000	B		35533411 11433553
	H	25533412	21433552														
	D	00000000	00000000														
	G		00000000														
	B		35533411 11433553														
			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		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'EXÉCUTION

ORDONNANCE

28/02/2023

Zinbo dam haya

Pharmacie HIND
Boulevard municipal Bloc 11
Lot 510 Bis Hay Hassani
Casablanca - Tél: 0522 914 457

LOT: 409
PER: OCT 2024
PPV: 201 DH 03

- ① dysaudia goutte
0-0-5
- ② Anxiol 6 mg x
0-0-1/2
- ③ No-Dep 50 mg
1/2 cpl/j ph 1/2 s/j
pi 2 cpl/j en continu

Eff de 1 mois

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre - Psychothérapeute

Addictologue

223 Bd Brahim Roudani N°13

Résidence Azaghar - Maarrif Casablanca

Résidence Azaghar - Maarrif Casablanca

Tél: 0522 981331 - GSM: 0651 82 89 53

Tél: 0522 981331 - GSM: 0651 82 89 53

Résidence Azaghar, 223 Bd Brahim Roudani, Azaghar, Casablanca

Tél: 0522 981331 - GSM: 0651 82 89 53

Tél: 0522 981331 - GSM: 0651 82 89 53