

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-802345

176100

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01552

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MESSAÏD MOHAMMED

Date de naissance :

01-07-1956

Adresse :

31, Rue 3 Andalous 1^e慈

Tél. :

0661460372 Total des frais engagés : 568,40 = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Salima BEN MOUANNA
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue
23, Bd. Bachir Boudaoui 13
Résidence Azaghār - Maārif - Casablanca

Date de consultation :

05/09/2023

Nom et prénom du malade :

Mohammed Ben Ksissat

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Andieh

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 : 12/09/2023

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
05/10/2023	C	-	400 Dots	INP : 0511914411 Dr BERNARD - Psycho- Psychiatre - Roidin

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
L'HARMONIE DU 2 MARS Mme EL ALAOUI Aïcha 515 Av. Bd 2 Mars Andalous 1 Tél: 05 22 23 57 84 Casablanca INPE: 092000421	05/09/23	169,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

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'ODF.																								
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows 1-10 of the grid)	Nature des Soins (Rows 1-10 of the grid)	Coefficient (Rows 1-10 of the grid)	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"/>																				
				ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
						H																		
						25533412	21433552																	
						00000000	00000000																	
						G																		
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
B																								
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

Dr. Salima BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د. سلیمة بنمو عما

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

Date : 05/05/2023

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

Lakssissar Mohammed

①

Dysanxia goutte

il me reste une

②

0-0-5
Zen Ag : 0-0-2.

LOT 22.348/FC22
PER 12/2025
PPC 84,70

LOT 22.348/FC22
PER 12/2025
PPC 84,70

et de 1 mois

84,70
84,70

169,40

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

Résidence Azaghlar, 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. سلیمة بنموعمة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

Date : 05/05/2023

LaKssi ssar Abohammed

Note d'honoraires = 400 DHS

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