

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.

Maladie Dentaire Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule : 9728 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : DOUNIACHI Nabihah Date de naissance : 01-04-68

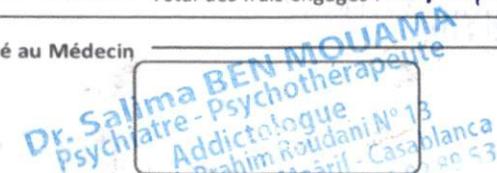
Adresse : habituelle

Tél. : 0634 6047 77

Total des frais engagés : 100 + 322,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/11/2011

Nom et prénom du malade : Zineb Lemhaya Age : 19 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète aux pieds

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/11/2011

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
11/10/23	C	-	400	INP : <u>DYNA SAINI</u>
				<i>Dr. Salma BEN MESSAID Psychiatre Psychotherapeute Addictologue Dr. Arahim B. Azzam N° 12 Casablanca</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
DR. TR AHMED ABDALLAH PHARMACIE POLYCLINIQUE 58, Route Mouloudji Hay Hassi HARMA	16/05/2007	322,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
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 Particien	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																												
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<p>Dents Traitées</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																<p>Nature des Soins</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																<p>Coefficient</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																INP : <table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																																																								
				MONTANTS DES SOINS																																																								
				DEBUT D'EXECUTION																																																								
				FIN D'EXECUTION																																																								
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1"> <tr><td></td></tr> </table>																COEFFICIENT DES TRAVAUX																												
		H																																																										
		25533412	21433552																																																									
		00000000	00000000																																																									
		D	G																																																									
		00000000	00000000																																																									
		35533411	11433553																																																									
		B																																																										
				MONTANTS DES SOINS																																																								
				DATE DU DEVIS																																																								
				DATE DE L'EXECUTION																																																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																							

Dr. Salima BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د. سليماء بنمو عمدة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإنمان

ORDONNANCE

Date : 08/11/2023

LOT : 450
PER : JUN 2025
PPV : 201 DH 00

Zineb Lamhaya

SI

201,00 x 1

SI

36,70 x 1

No - Dep Somme

①

28,20 x 3 2 - 0 - 0

② Anakeling

0 - 0 - 1

③ Sulpiride 50mg (360mg)
0 - 0 - 1

36,70

ttt dee

1m04

el: 0522 90 2767 Casa
t: TIR Abdellatif Hay Hassan

322,30

28,20

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre - Psychothérapeute
Addictologue
223, Bd. Brahim Roudani - Casablanca
résidence Azaghar - Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 98 18 31 / GSM : 0651 89 53

PPV

LOT

PER

28,20

PPV

LOT

PER

28,20

PPV

LOT

PER

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

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