

# 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.

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° W21-815859

Maladie  Dentaire  Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

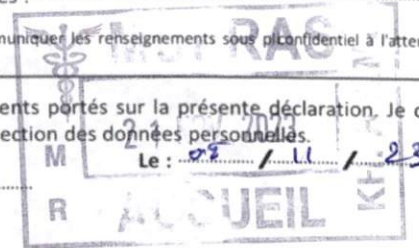
Matricule : 2728 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : DJOUNIAZI Nabila  
 Date de naissance : 01-04-68  
 Adresse : habituelle  
 Tél. : 0634604787 Total des frais engagés : 250 + 322,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. Salima BEN MOUAMA**  
 Psychiatre - Psychothérapeute  
 Addictologue  
 Bd. Brahim Roudani N° 13  
 Tel. : 05 22 20 45 45 M : 0651 20 20 53  
 Date de consultation : 08/11/2023  
 Nom et prénom du malade : Zineb Lam Haya Age: 19 ans  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Trouble anxieux.  
 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 : 08 / 11 / 23  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



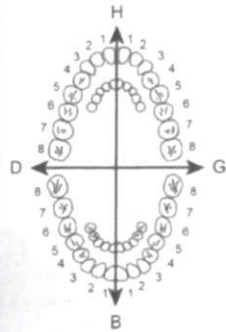
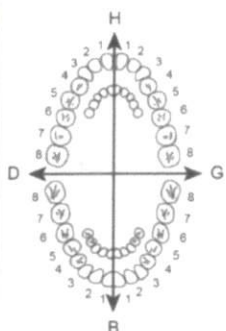
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
11/12/23	-	400	INP : <u>0000000000</u> Dr. Salima BEN MOU Psychiatre - Psychologue Addictologue 223, Bd. Brahim - Maatil - Casablanca Tél: 0522 95 13 31 / GSM: 0651 99 20 53	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
58, Route My Thami Hay Hassan DR. TIR ABDELAZIZ PHARMACIE POLYCLINIQUE	21/12/23	322,80

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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES																																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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"/>																												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H				25533412	21433552			00000000	00000000			D		G		00000000	00000000			35533411	11433553			B				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																															
	25533412	21433552																														
	00000000	00000000																														
	D		G																													
	00000000	00000000																														
	35533411	11433553																														
	B																															
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession				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'EXECUTION

Dr. Salima BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د. سليمة بنموامة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

Date : 08/11/2023

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

Lineb Lamhaya

SV

221,00 x 1

SV

36,70 x 1

No-Dep Song

20 Anaxil Song

1

28,20 x 3

2 - 0 - 1

Sulpidal Song (350tg)

0 - 0 - 1

36,70

tit de 1 mois

322,30

36,70

PPV  
LOT 28,20  
PER

PPV  
LOT 28,20  
PER

PPV  
LOT 28,20  
PER

Dr. Salima BEN MOUAMA  
Psychiatre - Psychothérapeute  
Addictologue

223, Bd. Brahim Roudani N° 13  
Résidence Azaghar - Maarif - Casablanca  
Tel.: 05 22 98 13 31 / GSM: 06 51 82 89 53

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

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