

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-570296

41742

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01552 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHSSISSAR MOHAMMED

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : 31, rue 3 Andalous 1^{er} Etage

Tél. : 06 61 06 03 72 Total des frais engagés : 558,10

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/09/2020

Nom et prénom du malade : LAHSSISSAR MOHAMMED Age: 64

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASAB

Signature de l'adhérent(e) : Le : 18/09/2020

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-570296

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :

RELEVÉ 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
14/09/2020	C	1	400,00	INP : 0311834444 Dr. Salima BEN MOUANA Psychiatre Psychothérapeute Addictologue Le Rouhani N°13 Casablanca

[illegible]

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

[illegible]

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canauxaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INF : [][][][][][]											
	[]	[]	[]	Coefficient DES TRAVAUX []											
	[]	[]	[]	MONTANTS DES SOINS []											
	[]	[]	[]	DEBUT D'EXECUTION []											
	[]	[]	[]	FIN D'EXECUTION []											
	[]	[]	[]												
	[]	[]	[]												
	[]	[]	[]												
	[]	[]	[]												
	[]	[]	[]												
	[]	[]	[]												
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 2px 10px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 2px 10px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX []	
	H														
	25533412 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 35533411	00000000 11433553													
	B														
				MONTANTS DES SOINS []											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []											
				DATE DE L'EXECUTION []											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

LOT 190474 -
EXP 03/2021
PPV 36.70DH

LOT 190474 -
EXP 03/2021
PPV 36.70DH

د. سليمة بنموامة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ADDICTOLOGUE

ORDONNANCE

14/05/2020

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue
223 Bd. Brahim Roudani N°13
Résidence Azaghar - Maarif - Casablanca
Tél: 05 22 98 18 31 / GSM: 06 51 82 89 53

F. Lakssissan Pharmed

89,70
1) Velaxo 75mg

1-0-0

2) Zen Kap 1's

2-0-0

3) Anxiod 6mg

0-1/2-1

puis 0-0-1

4) Osmolax

2 cas au besoin.

5) Morax 75mg

1-1-0

6) Lysauxia 10mg

0-0-10 gouttes

LOT 20134 FC12
PER 05/2023
PPC 84,70
32 Gélules

13/05/2020

1 sem

15 j.

Non/

Non/

Non/

Non/

Non/

Non/

Non/

Non/

Non/

Non/

Non/

Non/

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

Dr. Salima BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د سليمة بنمومة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

14/09/2020

dakssi sar Mohammed

Honoraire

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 / GSM: 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