

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-572397

ND: 4501

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 01552		ROYAL AIR MAROC	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : LAKSSISSAR MOHAMMED			
Date de naissance : 01/07/1956			
Adresse : 31, RUE 3 ANAALOUS 1 ^{er} CPRA.			
Tél. : 0661 46 03 72		Total des frais engagés : 658,50 Dhs	
Cadre réservé au Médecin : Dr. Salima BEN MOUAMA Psychiatre Psychothérapeute Addictologue 223, Bd. Brahim Roubani N°13 Résidence Azaghlar - Maroc - Casablanca Tél. : 05 22 98 18 31 / 05 22 92 89 53			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/10/2020			
Nom et prénom du malade : Laksissar Mohamed Age : 64 ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Insomnie.			
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 : 06/10/2020			
Signature de l'adhérent(e) :			

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-572397

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 :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
6/10/2020 C		-	4000 Dhs	INP : DBABAH Dr. Salima BEN MOUAMA Psychiatre Psychothérapeute Addictologue

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL ALAOUI Aicha Av. du 2 Mars Andalous 1 22.28.57.84 - Casablanca	01/10/20	258,50 -

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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

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'ODE.

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			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>



PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE

ORDONNANCE

06/10/2020

La Ksissat Mohamed

135,00

1)

Velaxor



PHARMACIE du 2 MARS
Mme. EL ALAOUI Aïcha
AV. du 2 Mars Andalous 1
CP 257 84 - Casablanca

79,50

2)

1 - 0 - 0.

ISILAX

Azragain -

LOT N° : 1001856
EXP : 11/2022
PPV : 179DH00

ISILAX® Forte

Lot: 190780
A consommer de
préférence avant le: 12/2024
PPC: 79,50 DH

Tit de 1 mois

258,50

POV 1 mois.

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue
223, Bd. Brahim Roudani N°13
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca
Tl: 05 22 98 18 31 / GSM: 0651 82 89 53

Dr. Salima BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د سليمة بنموعة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

06/10/2020.

Lakssissem Mohammed

Note d'honoraires

400

DHS.

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue

223, Bd. Brahim Roudani N°13
Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca
T: 05 22 98 18 31 - GEM: 06 51 82 89 53

Résidence Azaghar, 223 Bd Brahim Roudani, Appt N°13, 4éme étage , Casablanca

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