

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 ALIC :

- 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° W19-595481

54752

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01552 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAKSSISSA MOHAMMED

Date de naissance : 01/07/1956

Adresse : 31, Rue 3 Andalous 1^{er} EABA

Tél. : 0661460372 Total des frais engagés : 1997,00 ± Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 05/02/2021

Nom et prénom du malade : LAKSSISSA MOHAMMED Age :

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

Nature de la maladie : Dépression

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 : ENBA Le : 05/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-595481

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

05/01/2021 C - 400 DHS INP : 0211111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

05/01/2021 597,50

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

VOLET ADHERENT

* 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES Dents Traitées Nature des Soins Coefficient INP : 00000000

COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

AMM : 437/15 DMP/21/NCV

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®
Aiguille de sodium - Équilibre de sodium

Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH



AMM : 437/15 DMP/21/NCV

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®
Aiguille de sodium - Équilibre de sodium

Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH



LOT 0001052

EXP 02/23

PPV 1790H00

R® LP

LOT 0001052

EXP 02/23

PPV 1790H00

الإيمان

ORDONNANCE

05/02/2021

Lakssissar Mohammed

179,00 x 2

1) Velaor 75mg

1 - 0 - 0

113,50

2) Médigopin 2,5mg

31,50 x 4 - 0 - 1

3) Pyrosia Sirop

over 1

tt de 2 mois.

ROV

597,50

PHARMACIE du 2 MAR
Mme. ELALAOUI Aïcha
575, Av. du 2 MAR
Tél : 05 22 28 84 84 - Casablanca

PHARMACIE du 7
Mme. ELALAOUI MA
575, Av. du 2 MAR
Tél : 05 22 28 84 84

LOT : 035
PER : FEB 2023
PPV : 113 DH 50

imprimés pe
Olanzapin

ZAP

AMM : 437/15 DMP/21/NCV
Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®
Aiguille de sodium - Équilibre de sodium

Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH



Dr. Salima BEN
Psychiatre Psychom
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

02/03/2021 A 16 h 00

AMM : 437/15 DMP/21/NCV

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®

Signature du médecin - Responsable du cabinet

Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH



Dr. Salimá BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د سليمة بنمومة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

05/01/2021.

Mohammed Lakssissan.

Honoraires : 400 DHS.

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue N°13
223, Bd. Brahim Roudani, 4^{ème} étage, Casablanca
Résidence Azaghar, Moabit - 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