

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

0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	01552	Société :	RAM
<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 Andalous 1 ^{er} CASA			
Tél. :	066146 03 72	Total des frais engagés : 19 97,50 € Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 05/01/2021			
Nom et prénom du malade : LAKSSISSAR MOHAMMED Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : TANGER Le : 05/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
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 :	

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
05/01/2021	C	—	400 DHS	INP : 0311111111111111 Dr. Salim Psychiatre Addictologue 223, Bd. Hassan II, Casablanca, Azaghay, 10000, Maroc. Tél: 051 182 65 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE de CASABLANCA Mme. EL ALAOUI ANDALOUS Av. du 2 Mars Andalous 1 Casablanca 285784	05/10/12/1	597,50

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important:

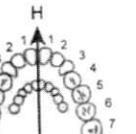
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: none;">11433553</td> </tr> </table> G B	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
25533412	21433552													
00000000	00000000													
D														
00000000	00000000													
35533411														
11433553														
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Salima BEN

AMM : 437/15 DMP/21/NCV

Dr. Maria MAFTOUEH
Pharmacien Responsable

AMM : 437/15 DMP/21/NCV

Dr. Maria MAFTOUEH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®

Alginate de sodium - Aspartame de sodium

Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH

6 118000 191537

PYROSIX®

Alginate de sodium - Aspartame de sodium
Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH

6 118000 191537

LOT 0001052

EXP 02/23

PPV 179DH00

R® LP

LOT 0001052

EXP 02/23

PPV 179DH00

ORDONNANCE

05/01/2021

La Kssi ssar Mohammed

179,00 x 2

1) Vela x 20 75mg
1 - 0 - 0

113,50
2) Medigapin 2,5mg
31,50 x 40 - 0 - 1

3) Pyrosia 0,01
0 - 0 - 1

Att de 2 mois.

RDN

597,50



PHARMACIE du 2 MAKS
Mme. EL ALAOUI Aicha
575, Av. du 6 Mars
Tél : 05 22 88 84 - Casablanca

PHARMACIE du 2 MA
Mme. EL ALAOUI
575, Av. du 6 Mars
Tél : 05 22 88 84

imprimés p
LOT : 035
PER : FEV 2023
PPV : 113 DH 50

ZAPI

AMM : 437/15 DMP/21/NCV

Dr. Maria MAFTOUEH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®

Alginate de sodium - Aspartame de sodium

PPV : 31,50 DH

6 118000 191537

Dr. Salima BEN

Psychiatre Psychotra

Addictologue

223, Bd. Brahim Roudani N°13

Résidence Azaghar - Maârif - Casablanca

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

02/03/2021 A 16h30

AMM : 437/15 DMP/21/NCV

Dr. Maria MAFTOUH
Pharmacien Responsable

PYROSIX®

Alginate de sodium - Bicarbonate de sodium
Suspension buvable - Flacon de 250 ml

PPV : 31,50 DH



6 118000

191537

Dr. Salima BEN MOUAMA

PSYCHIATRE

PSYCHOTHÉRAPEUTE

ADDICTOLOGUE



د سليمة بنموعمة

طبيبة أخصائية في الطب النفسي

معالجة نفسانية

اختصاصية في الإدمان

ORDONNANCE

05/01/2021

Mohammed Lakssissan

Hemocans : 400 DTS.

Dr. Salima BEN MOUAMA
Psychiatre Psychothérapeute
Addictologue
223, Bd. Brahim Roudani, n°13
Résidence Azaghar, Maârif - Casablanca
05 22 98 18 31 / 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