

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.

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

M22- 0017901

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3140 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 139001
 Nom & Prénom : BENTHIMA Hassan
 Date de naissance : 05/11/56
 Adresse : Petit des Sidi RAHAL CHATAI (Blanca Beach) BA APP6. 71 IMM 6
 Tél. : 06743741333 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin


Cachet du médecin : Dr. Y. EL ANDALOUSSI Professeur Agrégé Traumatologie - Orthopédie Neuro Clinique de Casablanca
 Date de consultation : 8/11/2022
 Nom et prénom du malade : M. BENTHIMA HASSAN Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Capsule rachidiale de l'axe C5-C6
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
01/11/22		3	300,00	
15/11/22	infirmité IPPF	3000	3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture



15/11/22 64.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

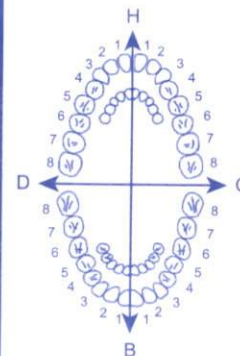
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

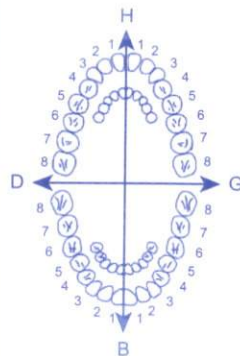
H 25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصلحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 8/11/2022

Ma Benhima Hassan

Dr. Y. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
Neuro Clinique de Casablanca
Docteur

Capsule attachée de
l'épaule droite

↳ TPRF 2 jours

Dr. Y. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
Neuro Clinique de Casablanca



مصلحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

15/11/2022

Casablanca, le.....

FACTURE N° 0098/11/22

Docteur :

NOM ET PRENOM : MR BENHIMA HASSAN

INFILTRATION IPRF SOUS ECHO-GUIDEE

MONTANT TOTAL : 3000.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

« TROIS MILLE DIRHAMS »

FD



مصلحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le15/11/2022

Docteur :

COMPTE RENDU D'INFILTRATION IPRF

MR BENHIMA HASSAN présentait une capsulite de l'épaule droite.

Il a bénéficié d'une infiltration écho guidée d'IPRF fait ce jour sous anesthésie

PR. Y. EL ANDALOUSSI

Chirurgien Orthopédique



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

EXP :
EOT N° :

Casablanca, le 15/11/2007

Docteur :

Dr. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
Neuro Clinique de Casablanca
Mr. Bouhassan Hassan

49.70

1

Voltfast

14.50

2

1st
Andal

64.20

19 + 31

6 118001 031016
VOLTFAST® 50 mg
Poudre pour
solution orale
PPV : 49.70 Dhs

PHARMACIE N° 1
R. CHATTI
Resid. Dr. A. BENATTOU
Tel : 05 22 86 94 86
N° 4 St. 11/11

Dr. Y. EL ANDALOUSSI
Professeur Agrégé
Traumatologie - Orthopédie
Neuro Clinique de Casablanca