

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 canalaire, 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 canalaire.

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

Nº M21- 0060713

A71682

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8943 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABAOUESS NOUreddine MUPRAS RECEPTION

Date de naissance : 05/01/1962

Adresse : Bloc R n° 16 DEROJA

BERRECHID

Tél. : 0668 444740 Total des frais engagés : 610,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Karim BEN SALAH
Neurochirurgien
295, Angle Bd Abdelmoumen et
Allée du Persée 1er étage, A9 Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INPE: 09 116 7338

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04 / 08 / 2013

Nom et prénom du malade : ABAOUESS ZINEB Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : S

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 : DEROJA Le : 09/08/2013

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 04/10/2023 | Actes | - | ff 300 (0-) | Dr. Karim BEN AIT Neurochirurgien et 295, Angle Bd Abdellah Ben et Allée du 1er étage, 1er étage, A9 Casablanca Tél. 05 22 20 27 00 INPE: 091167338 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fourmeleur | Date | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|------------|-----------------------|
| PHARMACIE OU HAKEM | 31.10.2023 | 4108123 |
| | | INPE: 06209629 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| 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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with axes | | | | |

Dr. Karim BENSALAH

*Diplômé de la Faculté de Médecine
de Nancy (France)*

Chirurgie de Cerveau de la Moelle Epinière et des Nerfs

Electro-Encéphalographie Adultes & Enfants



الدكتور كريم بنصالح

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

جراحة الرأس والعمود الفقري والنفاع الشوكي

التفطيط الهربي للدماغ للثبار والصفار

الدار البيضاء في

04/08/2023

ABAOUSS ZINEB

180,00

FLUOXET 20 mg

1 matin pendant 1 mois Après repas

95.00

EXTRA MAG CP

1 matin pendant 1 mois Après repas

2170

ALPRAZ 0.5 mg

1/2 soir pendant 1 mois Après repas

Dr Karim BENSALEM
Neurochirurgien
295, Avenue Bd Abdelloumen et
Allée du Persée 1er étage, A9 Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INPE:091167338

PHARMACIE OULHAKEM
Dr. OULHAKEM HAJAR
Bloc P. N° 5 Bis Deroua
Tel : 05 22 03 43 72

LOT 223973 1
EXP 11 2025
PPV 180.00

Date de fabrication :
A consommer de :
préférence avant fin :
N° de lot :
PPC = 95,00 DHS

LOT 223841 1
EXP 11 2025
PPV 35.70