

# 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

- 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° P19- 047902

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 628 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENSELLOUM Mustapha

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666358187 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veillez fournir une facture

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													
				<b>Coefficient des travaux.</b> <input type="text"/>												
				<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b> 	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>	
	H															
	25533412	21433552														
00000000	00000000															
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>														
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>														
et cachet du praticien attestant l'exécution																

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM: <u>Ben Salem</u>	Mle <u>0622</u>
<b>DECLARATION N°</b> <u>P 17/0066531</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 17/ 0066531

DATE DE DEPOT

/ / 201

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>0622</u>	Signature de l'adherent 
Nom & Prénom <u>Ben Salem</u>			
Fonction	Phones		
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>Dahou Meriem</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>01.04.47</u>
Nature de la maladie <u>Affection Rhumatologique</u>			Date <u>12/03/2020</u>
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			Date 1ère visite
Nature des actes <u>S</u>			<b>DR. CHAHIDI Naïma</b> Rhumatologue 173, Bd Yacoub El Mansour Espace Andalous, 1er Etage N°6 Tél: 05 22 45 14 38
Nbre de Coefficient		Montant détaillé des honoraires	
		<u>300,00</u>	
<b>PHARMACIE</b>	Date <u>12/03/20</u>		
Montant de la facture <u>AA7,0</u>			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date <u>13/03/2020</u>	
Désignation des Coefficients <u>270</u>	Montant détaillé des Honoraires <u>700,-</u>		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	<b>CACHET</b>
Nombre AM PC IM IV		Montant détaillé des Honoraires	

Dr. Chahidi Naima



RHUMATOLOGUE

Spécialiste des maladies des os, articulation  
et colonne vertébrale

Ancienne interne des Hopitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose

الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في أمراض العظام

و المفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

PPC : 149,50 DH

curarti forte<sup>®</sup>  
comprimé

PPC : 149,50 DH

curarti forte<sup>®</sup>  
comprimé

le 12/03/2020

Mme DORTOU NERIEU

Ep. BEUSELLOU

149,00 x 2

21 Curarti forte

1 - 0 - 1 x 15j

28,00

21

No - Dol codeine

pris 1cp/j x 02 mois

LOT : 19E001  
PER : 09 2024

NO - DOL CODEINE  
CP B20

P.P.V : 28DH00

6 118000 061861

1 - 1 - 1 x 7j

177,00

pris si Doulteur

TSVP

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalouse, 1<sup>er</sup> étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél. : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15

E-mail : chahidirumatologie@gmail.com

31 Newflex tel Refranchissant  
12/11 x 21/10



Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghir  
Modif Extension Caso Tél: 23.17.01

⊗ 41 Algixène 25 ug

1 - 1 - 1 x 5

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghir  
Modif Extension Caso Tél: 23.17.01

Pharmacie AL MAWLID  
Angle Rue Ibnou Katir  
et Abou Hassan Saghir  
Modif Extension Caso Tél: 23.17.01

~~Dr. CHAHIDI Naïma~~  
~~Rhumatologue~~  
173, Bd Yaâcoub El Mansour  
Espace Andalousse, 1er Etage N°6  
Tél: 05 22 95 14 38



GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOU

CASABLANCA LE, 13/03/2020

**Reçu N° 200313007**

M ou Mme : **DAHOU MERIEM EP BENSELLOU**

Examen(s) demandé(s) :

**GENOUX F/P+30°**

Soit un montant total de : **700.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

**SEPT CENTS DIRHAMS**

Dr. Zakia Chaoui  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4 Rue Socrate - Casablanca  
Tel: 05.22.39.07.07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07

Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

Dr. Chahidi Naima



RHUMATOLOGUE

Spécialiste des maladies des os, articulation  
et colonne vertébrale

Ancienne interne des Hopitaux de Paris

Pathologies rachidiennes (Paris)

Maladies rhumatismales (Lille)

Biothérapie

Ostéoporose

الدكتورة نعيمة شهيدى

أخصائية في أمراض العظام

و المفاصل و الروماتيزم

طبيبة داخلية سابقة بمستشفيات باريس

أمراض العمود الفقري (باريس)

أمراض الروماتيزم (ليل-فرنسا)

العلاج بالأدوية البيولوجية

هشاشة العظام

Le 12/03/2020

Mme DAHO Neriou  
Ep Beuxellou

Rx des 2 genoux en

Charge F + P + Axiale 30°

Dr. Zakia CHAOUITAZI  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
1. Rue Socrate - Casablanca  
Tél: 05 22 95 14 38

Dr. CHAHIDI Naima  
Rhumatologue  
173, Bd. Yaâcoub El Mansour  
Espace Andalousse, 1er Etage N°6  
Tél: 05 22 95 14 38

173 شارع يعقوب المنصور، فضاء الأندلس، الطابق الأول، رقم 6، المعاريف، الدار البيضاء

173 Boulevard Yacoub EL Mansour Espace Andalousse, 1<sup>er</sup> étage, N°6 Maarif, Casablanca

Tél. : 05 22 95 14 38 / 06 66 71 75 15

E-mail : chahidirhumatologie@gmail.com

# GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

## SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

## Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani  
Dr. H. Bengelloun  
Dr. Z. Tazi chaoui

13/03/2020

PATIENT                      DAHOU MERIEM EP BENSELLOUM  
MEDECIN TRAITANT      CHAHIDI NAIMA

### RX DES DEUX GENOUX DE FACE ET DE PROFIL+ INCIDENCES 30° :

Absence d'anomalie fémoro-tibiale de façon bilatérale.  
Absence d'anomalie d'échancrures condyliennes ou des épines condyliennes.  
Surfaces articulaires normales.  
Absence d'anomalie fémoro-patellaire.  
Interlignes respectés.  
Absence de desaxation rotulienne.  
Architecture osseuse normale.  
Absence d'anomalie des parties molles péri-articulaires.

PR. Z. TAZI CHAOUI

Dr. Zakia CHAHIDI TAZI  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca  
Tél : 05 22 39 07 07