

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19-0044757

ND: 98482

Averti  
Ma  
PPLV

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3456 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAAMANE ABDOLMAK

Date de naissance : 20.06.1976 à CAS

Adresse : 2, Rue 62

Hay My ABDOLMAK - CAS

Tél. : 0698953570 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr Karim BENSALAH**

Neurochirurgien

295, Angle Bd Abdelmoumen  
et Allée de Persée Etage 1 A9  
Casablanca - Tél: 0522 20 27 00

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01 DEC 2021

Nom et prénom du malade : NAAMANE KARIM Age:

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

Nature de la maladie : SC Anévrisme

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 : Casa Le : 03/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*



# 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 DEC 2021		5	#3000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AL-SHAR  
 Dr. MOHAMED  
 133, Bd Taza Hay Mly Abdellah  
 Casa  
 Tél: 05 22 21 59 66

11/12/2021 15470

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONGRAIRES

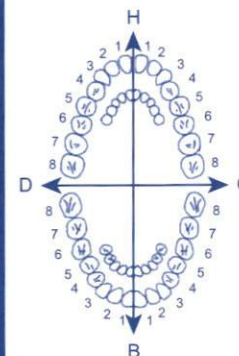
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

# 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)

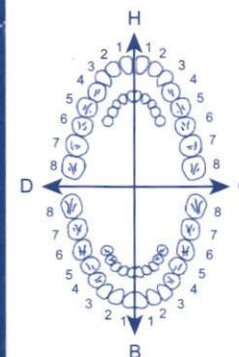
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Karim BENSALAH

Diplômé de la Faculté de Médecine

de Nancy (France)

Chirurgie de Cerveau de la Moelle Epinière

et des Nerfs

Chirurgie de la Tête et de la Colonne Vertébrale

Electro-Encéphalographie

Adultes & Enfants

Casablanca le : \_\_\_\_\_ الدار البيضاء في



## الدكتور كريم بنصالح

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

إختصاصي في جراحة أمراض الدماغ والأعصاب

جراحة الرأس والعمود الفقري والنخاع الشوكي

التخطيط الكهربائي للدماغ

للكتاب والصحف

01/12/2021

NAAMANE KHADIJA

S CITAP 5 mg

1 soir pendant 2 mois Après repas

ZEPAM CP

1/2 soir pendant 2 mois Après repas

16438  
16439  
PHARMACIE AL AZHAR  
DIOURI MOHAMED  
133, Bd Taza Hay Mly Abdellah - Casa  
Tél : 05 22 21 59 66

Dr Karim BENSALAH  
Neurochirurgien  
295, Angle Bd Abdelmoumen  
et Allée de Persée Etage 1 A9  
Casablanca - Tél : 06 61 30 40 80 - 05 22 20 27 00

PHARMACIE AL AZHAR

DIOURI MOHAMED

133, Bd Taza Hay Mly Abdellah - Casa

Tél : 05 22 21 59 66



295, زاوية شارع عبد المومن وزنقة بيرسي الطابق الأول A9 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 27 00 - المستعجلات : 06 61 30 40 80

295, Angle Boulevard Abdelmoumen et Allée du Persée, 1er étage, A9 - Casablanca

Tél : 05 22 20 27 00 - Urgences : 06 61 30 40 80 - E-mail : bensalahkarim390@gmail.com