

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## **iologie 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.

## **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.

## **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**

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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 caractére 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

## **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 3456 Société :

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : NAANANE ABDELLAH

Date de naissance : 20.06.1956 à GASSA

Adresse : 2, Rue 62  
Hay my ABDELLAH - GASSA

Tél. : 06 89 3570 Total des frais engagés : ..... Dhs

## **Cadre réservé au Médecin Dr Kariem BENSALAH**

Cachet du médecin :

**Neurochirurgien**  
295, Angle Bd Abdelmoumen  
et Allée de Persée Etage 1 A9  
Casablanca - tel. 0522 20 27 00

Date de consultation : 01 DEC 2021

Nom et prénom du malade : NAANANE khalidje Age :

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

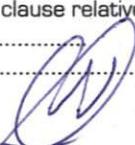
Nature de la maladie : S - Amalga

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 : Casablanca Le : 03/10/1 Ro 22

Signature de l'adhérent(e) : 

## 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
10.1.2021	Actes	5.	300,-	Dr Karim BILAL Neurochirurgien Angle B. Abdellah Elouan 119 Télé: 05 22 21 59 66

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEA AL AZHAR PROBLE MOHAMED 133, Bd Jaza Hay Mly Abdellah Casa Télé: 05 22 21 59 66	11.12.2021	154,-

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

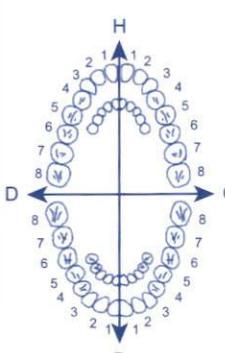
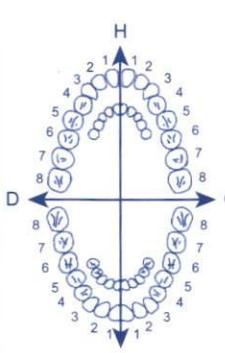
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX												
																
																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412   21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000   00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table>				H	25533412   21433552	00000000 00000000		D	00000000   00000000	35533411 11433553		B		G		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412   21433552															
00000000 00000000																
D	00000000   00000000															
35533411 11433553																
B																
G																
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				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'EXECU												

# **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



# **الدكتور كريم بنصالح**

خريج كلية الطب ببناسي (فرنسا)

إختصاصي في جراحة أمراض الدماغ والاعصاب

جراحة الرأس والعمود الفقري والنفاع الشريكي

التقطيع التهابي للدماغ

للتبار والصغار

الدار البيضاء في

Casablanca le :

01/12/2021

NAAMANE KHADIJA

80.0 + 2  
S CITAP 5 mg

1 soir pendant 2 mois Après repas

ZEPAM CP

34.00  
1/2 soir pendant 2 mois Après repas  
154.00

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 du Persée - Etage 1 A9  
Casablanca - Tel : 05 22 20 27 00

**PHARMACIE AL AZHAR**

DIOURI MOHAMED  
133, Bd Taza Hay Mly Abdellah - Casa  
Tél : 05 22 21 59 66



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

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