

# COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

## 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.

## 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 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- 0044737

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3456 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : 103706

Nom & Prénom : NAAMANE ABDEWHAK

Date de naissance : 20/06/1956 à Casab

Adresse : 7, Rue 67 Hay My Abdellah

Tél. : 06 98 95 55 70 Total des frais engagés : 494,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Dr Karim BENSALAH**

*Nérochirurgien*

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

Date de consultation : 31 JAN 2022

Nom et prénom du malade : NAAANE KHAZRAJ Age: 66

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Sd - Anémie

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 : Casab Le : 12/02/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

N° P19-044737

Khadija Matricule : 000 3456

Nom de l'adhérent(e) : NAAMANE

Total des frais engagés : 494,70

Date de dépôt : 12/02/2022

Coupon à conserver par 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
31 JAN 2022	8	—	ff. 300,-	Dr Karim BENSAJAH Neurochirurgien Salle B3 - Abdelmoumen Hôpital - 1 <sup>er</sup> Etage 1 A9 Tunis - 22202700

## EXECUTION DES ORDONNANCES *Salles de l'Alma*

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE DIOURDAG Taza Taya 05 22 21 59 66	31/10/2022	194,40

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## 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 b

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins												
D				Date du devis												
B				Date de l'exécution												

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



الدكتور كريم بنصالح

## خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

## إختصاصي في جراحة أسر宸 للرماغ والأعصاب

## جراحة الرأس والعمود الفقري والنفاع الشوكى

التفصيـل الـهـرـبـائـي لـلـرـسـاغ

الكتاب المفتوح

الدار البيضاء في

## Casablanca le :

31/01/2022

NAAMANE KHADIJA

80,00 + 2

S CITAP 5 mg

1 soir pendant 2 mois Après repas

ZEPAM CP

3470. 1/2 soir pendant 2 mois Après repas

1948

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

# اسٹیک 5 ملے

## **S-CITAP® 5mg**

30 Comprimés pelliculés



6118001151332

**CiplaMaroc**

30 فرصة ملبيسا

LOT : KE10081

PER: JUL 2023

PPV : 80 DH 00

## Escitalopram

# S-CITAP® 5mg

# اسٹیک 5 ملے

## **S-CITAP® 5mg**

30 Comprimés pelliculés



6118001151332

# CiplaMaroc

30 فرصة ملبيسا

LOT : KE10081

PER: JUL 2023

PPV : 80 DH 00

## Escitalopram

# S-CITAP® 5mg

# زيتام® ٦ ملغ

برومازيتام

PPV: 34DH70

PER: 10/24

LOT: K2949

30 قرصاً قابلاً للكسر على شكل قرص

عن طريق الفم

Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance

Durée de prescription limitée  
à 12 semaines

b

bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Seba - Casablanca  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable