

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 067765

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2321 Société : 12/1861

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHAVIN MOHAMED

Date de naissance : 07-07-52

Adresse : HAY BOUGHAZ RUE 8 N°6 TANGER

Tél : 0674380187 Total des frais engagés : 257,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Karim BENSALAH
Neurochirurgien
295, Angle Bd Abdelmoumen et
Allée du Persse 1er étage, A9 Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INRE-091167338

Date de consultation : 30 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : KRIBBA FATMA 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) : cdc

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
30 JUIN 2022		1	1000	Dr Karim BENSALAH Neurochirurgien 299, Angl. Bd Abouelmoumen Allée du Persée 1er étage, A9 Casablanca Tél: 05 22 20 27 00 05 091167336

Dr Karim BENSAÏD
Neurochirurgien
294 Angli, Bd Abouelmoumen
Allée du Persée 1er étage, A9 Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INPE: 091167338

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACIE IBN ELKATI AZIZ BELKATI DOCTEUR EN PHARMACIE HAY El Baraka 2 Rue 12 N° 29-31 Sidi Moumen Casablanca</p>	16/02/92	751,20

ou du Fournisseur

PHARMACIE IBN ELKATI
AZIZ BELKATI DOCTEUR EN PHARMACIE
HAY El Baraka 2 Rue 12 N° 29-31
Sidi Moumen Casablanca

[illegible]

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

[illegible]

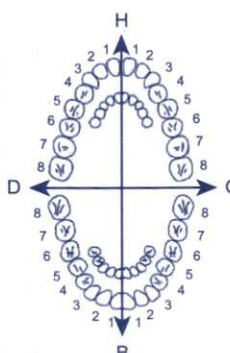
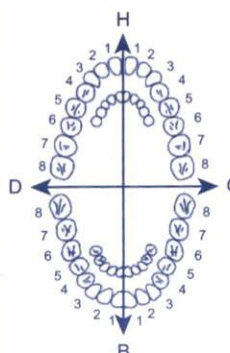
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

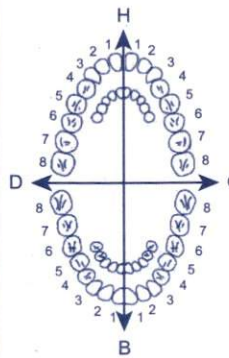
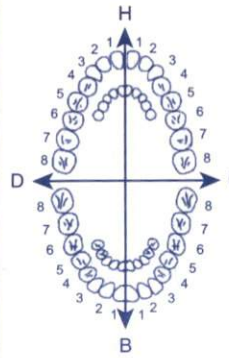
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<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>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez 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"/>														
						MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>													
						DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>													
						FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																		
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>D</td><td>G</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS	<input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>															

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 Ep
et des Nerfs

Chirurgie de la Tête et de la Colonne Ve
Electro-Encéphalographie
Adultes & Enfants



6 118001 030408
○ VOLTARENE® SR 75 mg
Comprimés enrobés

PPV : 76.20 DH

الدكتور كريم بنصالح

خبريم كلية الطب بناسي (فرنسا)

إختصاصي في جراحة أمراض الدماغ والأعصاب

جراحة الرأس والعمود الفقري والنخاع الشوكي

التخطيط الكهربائي للدماغ

للأطفال والكبار

Casablanca le :

الدار البيضاء في

30/06/2022

KRIBECH FATMA

Lot N°: PTC0933A

EXP.: 02/2023

PPV: 273 DH 00

LIRAPYN 75 mg

1 matin 1 soir pendant 2 mois Après repas

VOLTARENE 75 SR CP

1 matin 1 soir pendant 2 semaine Après repas

OEDES 20 GELULE

1 soir pendant 2 semaine Après repas

LOT 210583

EXP 12/2023

PPV 52.80 DH

Dr Karim BENSALAH
Neurochirurgien

295, Angle Bd Abdelmoumen et
Allée du Persée 1er étage, A9 Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INPE: 091167338

PHARMACIE IBN ELKATI
AZIZ BELKATI DOCTEUR EN PHARMACIE
HAY EL Baraka 2 Rue 12 N° 293
Sidi Moumen Casablanca

Lot N°: PTC0933A

EXP.: 02/2023

PPV: 273 DH 00

295, زاوية شارع عبد المومن ورتقة جبرسي 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