

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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)

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 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0044748

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 3456 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 107823  
Nom & Prénom : NAAMANE ABDELHAK  
Date de naissance : 20/06/1956 à Casablanca  
Adresse : 7, Rue 67 Hay My ABDELHAK  
20150 CASABLANCA  
Tél. : 0698953570 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Karim BENSALAH  
Né le 20/06/1956 à Casablanca  
295, Ang. d'Abdelmoumen et  
Allée du Peuple, 10, Etage, A9 Casablanca  
Tél: 05 22 20 27 00  
INPE: 091167338

Date de consultation : 28 JULY 2023

Nom et prénom du malade : NAAMANE KHADJA Age :

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

Nature de la maladie : SC Arterio

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 : 23/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
23 JUIN 2023		8	846,50	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL AZHAR DIOURI MOHAMED 133 Bd Taza Hay My Abdellah - Casa Tél : 05 22 21 59 66	23/06/23	846,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

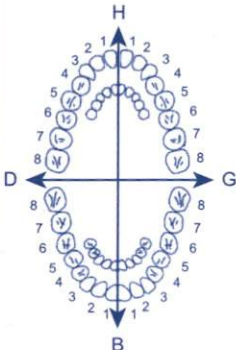
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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		
						MONTANTS DES SOINS	
					DEBUT D'EXECUTION		
					FIN D'EXECUTION		

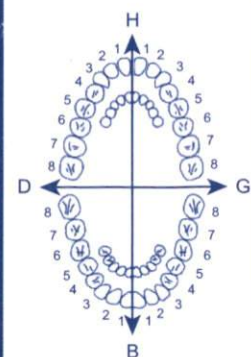
## O.D.F PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

## (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

للبار والصفار

23/06/2023

NAAMANE KHADIJA

TRE-ZEN 20 mg

1 soir pendant 3 mois Après repas

MEDIZAPINE 2,5 mg

1 matin pendant 3 mois Après repas

D STRES CP

1 matin 1 soir pendant 1 mois Après repas

PHARMACIE AL AZHAR  
DIOUR MOHAMMED  
133, Bd Taza Hayat Abdallah - Casa  
Tél : 05 22 20 21 00

P.P.C : 119 DH  
Date: Lot :  
10/25 DS10/22A

PPV 129DH00  
PER 04/25  
LOT M1322

PPV 129DH00  
PER 02/25  
LOT M479



MEDIZAPIN® 2,5 mg

Olanzapine

الدار البيضاء - الهاتف

men et Allée du Persée, 1er étage, A9 - Casablanca

Urgences : 06 61 30 40 80 - E-mail : bensalahkarim390@gmail.com