

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

- Reclamation : 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- 0044749

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 000 3456 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAAMANE ABDELHAK

Date de naissance : 20/06/1956

Adresse : 7, Rue 62

May My ABDELHAK - CMA

Tél. : 069 8953520 Total des frais engagés : 1189,22 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Karim BENSALAH

Neurochirurgien

Cachet du médecin :

295 Anglie Bd Abdelmoumen et
Allée du Persée 11, étage, A9 Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INPE:091167338

Date de consultation : 09 OCT 2023

Nom et prénom du malade : NAAMANE KHADISIA Age:

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

Nature de la maladie : S0 Anxiété

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 : 10 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

09 OCT 2023	25	—	# 300,00	Dr. Karim BEN Aurouch Angie Bel Abdelhakim 22 20 27 00 5 091167338
-------------	----	---	----------	--

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
09/10/2023	Montant de la Facture
889,20	

<p>PHARM</p> <p>133, Bd Taza Hay Miy Abdelkader</p> <p>Tél : 05 22 21 58</p>	<p>09/10/2023</p>	<p>880,20</p>
--	-------------------	---------------

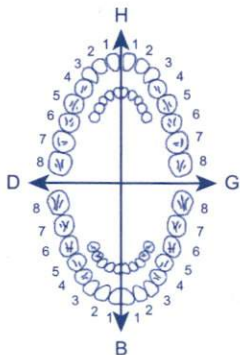
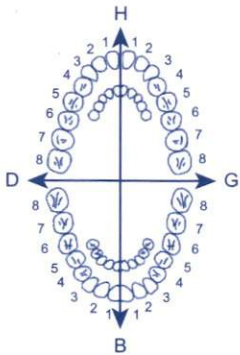
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>
					DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 بنانسي (فرنسا)

إختصاصي في جراحته أمراض الدماغ والأعصاب
جراحة الرأس والعمود الفقري والنخاع الشوكي

التخطيط الكهربائي للدماغ

للبار والصغار

Casablanca le : _____ الدار البيضاء في

09/10/2023

NAAMANE KHADIJA

129,00 x 3

TRE-ZEN 20 mg

1 soir pendant 3 mois Après repas

POLYZAPIN 5 mg

1/2 matin pendant 3 mois Après repas

Dr Karim BENSALAH
Neurochirurgien
295, Angle Bd Abdelmoumen et
Allée du Persée, 1er étage, A9 Casablanca
Tél: 05 22 20 27 00
INPE: 091 167338

PHARMACIE AL AZHAR
Dr MOHAMED
133, Bd Taza Hay Miy Abdellah - Casa
Tél : 05 22 21 59 66
PHARMACIE AL AZHAR
Dr MOHAMED
133, Bd Taza Hay Miy Abdellah - Casa
Tél : 05 22 21 59 66

6 118 000 041467

TRE-ZEN® 20mg
Chlorhydrate de paroxétine
30 comprimés
pellicules sécables

6 118 000 120889

POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 comprimés sécables

30 قرصا قابل
للكسر

عن طريق الفم

6 118 000 041467

TRE-ZEN® 20mg
Chlorhydrate de paroxétine
30 comprimés
pellicules sécables

6 118 000 041467

TRE-ZEN® 20mg
Chlorhydrate de paroxétine
30 comprimés
pellicules sécables

6 118 000 120889

POLYZAPIN® 5 mg
Olanzapine
30 comprimés sécables

30 قرصا قابل
للكسر

عن طريق الفم

PPV 1290H00
PER 08/25
LOT M2698

PPV 1290H00
PER 04/25
LOT M2698

PPV 1290H00
PER 08/25
LOT M2698

167140
167140