

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° P19-0015914

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8898 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BENABDELKARIM Date de naissance : 20/09/1977
Adresse : 11611 Jeddah
Tél. : 0522 912120 Total des frais engagés : 3669,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2023

Nom et prénom du malade : M. BENABDELKARIM Age : 44 ans

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

Nature de la maladie : Neurochirurgien

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 : 20/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
20/09/23		1	380,00	
23/09/2023		1		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

23/09/2023

Montant de la Facture

319,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue

Date

21/9/23

Désignation des Coefficients

IRM
Jonsau

Montant des Honoraires

300080

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM PC IM IV

Montant détaillé des Honoraires

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس
جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, le 23 09 2023 في الدار البيضاء،

Dr. Aziz Chafiq
188,000
17 BEN CHEIKH
11 Pirochou 300
94,000
21 Myoflex 100
37,000
31 Dulostan
Dr. Aziz Chafiq
51, Bd. Rahal El Meskini - Casablanca
Tél: 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

GTIN: 06118001260850
LOT: 4052
MFG: 10 2022
EXP: 10 2025
PPV: 940hs00

DULASTAN® 500mg / 2mg
Boîte de 20 comprimés
دولاستان®
علبة من 20 قرصا

51, شارع رحال المسكيني - إقامة الصفا - رقم 19 - الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

PIASCLEDINE® 300MG

Boite de 30 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura

PPV : 188,00 DHS



6 118001 072644

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس
جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

Casablanca, le 20 09 2023 في الدار البيضاء،

M^r BENCHEROUN
KARIM

Dr. Aziz Chafiq
Consultant et
professeur -
Chirurgien

Dr. Aziz Chafiq
Neurochirurgien
Boulevard El Meskini - Casablanca
Tél : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

Docteur BEL YAMANI Khalid
RADIOLOGUE
CVA
Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA

51, شارع رجال المسكيني - إقامة الصفا - رقم 19 الدار البيضاء

51, Bd. Rahal El Meskini - Résidence ESSAFA - N° 19 - CASABLANCA

الهاتف : 05 22 54 02 60 / 05 22 44 31 77

GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani
Dr. H. Bengelloun
Dr. Z. Tazi chaoui

REFERENCE :	230921005	DATE :	21/09/2023
PATIENT	BENCHEKROUN KARIM		
MEDECIN TRAITANT	CHAFIQ AZIZ		
EXAMENS REALISES	IRM LOMBAIRE		

COMPTE RENDU

TECHNIQUE

Coupes sagittales T1 T2.

Coupes axiales T2.

RESULTATS

Le canal lombaire est de dimensions normales.

Le cône terminal est en place, sans anomalie de signal.

Pas de signe de conflit disco radiculaire aux différents étages lombaires examinés.

Pas d'anomalie de signal des vertèbres et des disques.

Pas d'anomalie des parties molles.

Signé :

DR. K. BEL YAMANI

Docteur BEL YAMANI Khalid
RADIOLOGUE
CVA
19. Rue Franklin Roosevelt
CASABLANCA

CENTRE IRM

17-19 BOULEVARD MOULAY RACHID

CLINIQUE DU VAL ANFA

TEL /05.22.94.02.42/94.27.95

FAX /05.22.36.02.38

CASA21/09/2023

FACTURE 13805/2023

Nom et Prénom / BENCHEKROUN KARIM

Examen / IRM LOMBO SACREE

Montant / 3000DHS

Arrêtée la présente facture a la somme de
« TROIS MILLE DIRHAMS »

DRS -K BELYAMANI-H BENGELLOUN-JAZI CHAOUI Z

Patente: 35603429- CNSS: 2565424- IF: 01003663

ICE: 001701636000072 - INPE90000589