

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0053087

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2767 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHIA SAAD

Date de naissance : 10/07/1993

Adresse : 24 lot de colline I N12x CAS

Tél : 066687269 Total des frais engagés : 30+500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/01/2024

Nom et prénom du malade : BENTAHIA SAAD Age :

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

Nature de la maladie : Doul. Coler

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 : 03/01/2024

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
03/01/2023	CS +	02	800,00	<p>Dr Saïd Benslama</p> <p>Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation - Ostéopathe</p> <p>Rsd NAIM, Imm 4, Sidi MAAROUF CASABLANCA, TEL 0522321355</p>
01/01/2023	Extrapolation		ANJ	
2023				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# 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
		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 canalaires, 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <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 colspan="2">B</th> </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> </tbody> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
B																		
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
				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

**Docteur Said BENSLAMA**

*Spécialiste en Médecine Physique et Rééducation*

*Diplômé de l'université Paris V  
Ancien Médecin Colonel*

**الدكتور سعيد بنسلامة**

اختصاصي في الطب الفيزيائي و الترويض  
خريج كلية الطب بباريس  
طبيب عسكري سابق

- Ostéopathie
- Médecine de Sport
- Echographie  
musculosquelettique

**Casablanca, le 03/01/2024**

- Podologie

**Patient : BENTAHILA SAAD**

**Examen réalisé : Echographie du mollet**

**Indications : Douleur du mollet droit**

## COMPTE RENDU

Epaississement hypoéchogène fusiforme du tendon calcanéen avec perte de l'aspect fibrillaire sans hyperhémie au Doppler témoignant d'une tendinopathie fusiforme

Absence de calcification. Pas de signe de paratendinopathie. Absence de signes en rapport avec une lésion musculaire intrinsèque ou extrinsèque. Absence d'hématome ou signes de désinsertion musculaire.

Dr Said Benslama  
Spécialiste en Médecine Physique  
et Rééducation. Ostéopathie  
1<sup>er</sup> Bd. NAIM, Imm 4, Sidi MAAROUF  
CASABLANCA, TEL 0522321350

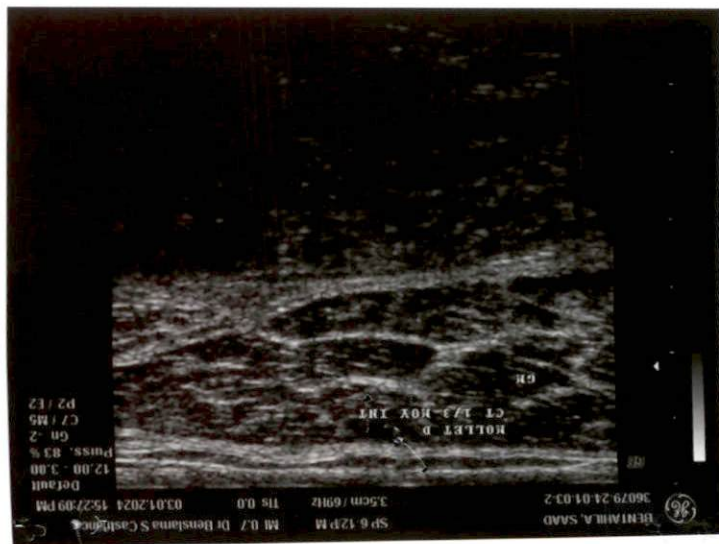
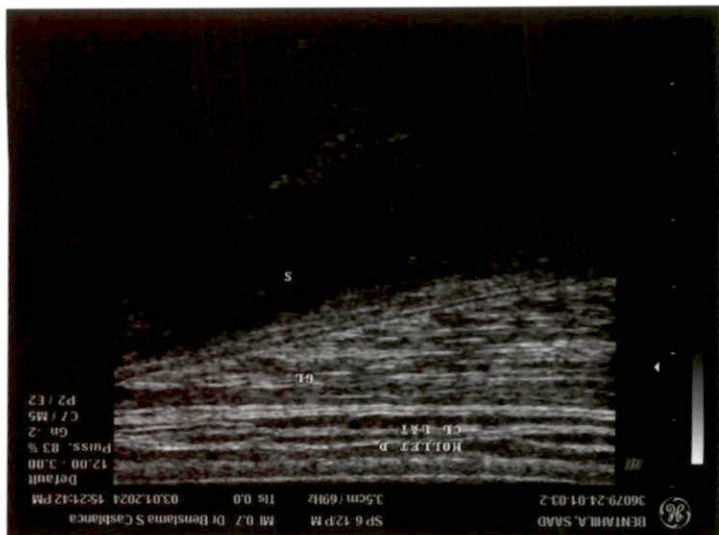
**Dr Said BENSLAMA**

شارع أبو بكر القادري، إقامة النعيم، عمارة 4 الطابق الأول - سيدي معروف - البيضاء - الهاتف: 05.22.32.13.50

Bd. Abou Bakr El Kadiri, Imm N°4, 1er étage Lot Naim - Sidi Maârouf - Casablanca - Tél.: 05.22.32.13.50

Portable : 06.65.44.69.72 - Email : salama02fr@yahoo.fr







BENTAHILA, SAAD  
36079.24.01.03.2

SP 6 12P M  
3.5cm / 69Hz

MI 0.7 Dr Benslama S Cashlanca  
TIs 0.0

03.01.2024 15:20:19 PM

Default  
12.00 - 3.00  
Puiss. 83 %  
Gn .2  
C7 / M5  
P2 / E2

RE

HOLET D  
CL 1 / 3 INT

CH

S



BENTAHILA, SAAD  
36079.24.01.03.2

SP 6 12P M  
3.5cm / 69Hz

MI 0.8 Dr Benslama S Cashlanca  
TIs 0.1

03.01.2024 15:19:03 PM

Default  
12.00 - 3.00  
Puiss. 85 %  
Gn .2  
C7 / M5  
P2 / E2

RE

CL TEND CALC D

TC

C