

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3417 Société :

Actif

Pensionnée

Autre :

Nom & Prénom : BENNANI Idriss

Date de naissance : 17.02.60

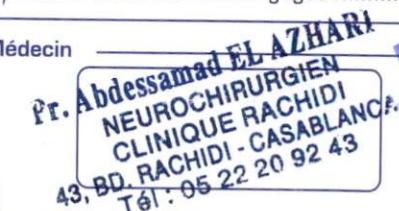
Adresse : 7 rue suzart Bacha 9e

Tél. 0661 3361 40

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENNANI Idriss

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection Méningo-ga

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 15/11/2022

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
15/11/2022	3	3	400,-	Messaoud EL AZHARI NEUROCHIRURGIEN CLINIQUE RACHIDI RACHIDI - CASABLANCA 22-20 92 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE BADIA 23 Zone 3 Route d'Azemour Casablanca 	15/11/2022	197,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

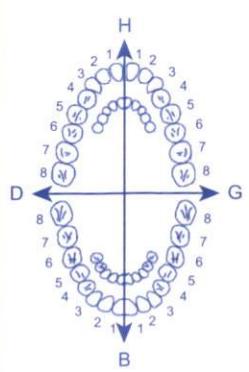
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE ET
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Casablanca, le : 15.11.22

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري
جراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الوجه والعنق
جراحة أمراض العيون
الإنعاش الطبي والجراحي

جهاز الليزر
جهاز السكابير الجسماني الكلي
ذرع فوقة الأذن
التشخيص والتحليلات

الدار البيضاء في

M. Benmali Yassine
169,00

1/ Dolicox 90 14x7 PPV
28,80 ~~14x7~~ ~~PPV~~
2/ Vitaneviril 15x7 PPV
157,80

PPV: 169DH00
PER: 07/25
LOT: L2576

10)

PPV
LOT 28,180
PER

F. A. MASSAMAD EL AZHARI
NEUROCHIRURGIEN
CLINIQUE RACHIDI
3. Bd. Rachidi - Casablanca

T = 197,80
PHARMACIE BADIA
F23 Zone 3 Route d'Azemour
Dar Bouazza Casablanca

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA
CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37
Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com



www.cliniquerachidi.com

ص.و.ض ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - اليمانا: 35504150
البلد: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96
الفاكس: 05 22 22 03 57 - Email: www.cliniquerachidi.com