

# 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.

M22- 0017901

### Maladie

### Dentaire

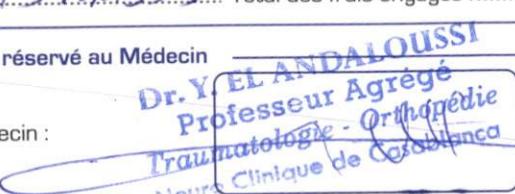
### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	3140	Société :	R.A.M.
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	139001
Nom & Prénom :		BENHIMA Hassan	
Date de naissance :		05/11/56	
Adresse :		Petite de Sidi RAHAL CHATAI (Blanca Beach) B.P APP6. T1 1MM 6	
Tél. :		06743741333 Total des frais engagés : ..... Dhs	

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	8/11/2018	Age :	29 NOV. 2017
Nom et prénom du malade :	Mr BENHIMA Hassan		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Capsulite rotule de droite		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : 

8

### RELEVE 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
01/11/22	CS		300,00	Dr. Y. EL ANDALOUSI Professeur Agrégé de Chirurgie Traumatologie - Chirurgie de la Main Neuro-Chirurgie de l'Enfant
10/11/22	inf. hthi IPPF		3000	Dr. P. BENATTOU

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'YAHIA Résid. Rym Chati N° 301 Rahai Tel. : 05 22 36 94 80 Dr. A. BENATTOU	10/11/22	64.20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

### 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 canalaire, 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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	21433552 00000000
D 00000000 35533411	00000000 11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مصحة الجهاز العصبي

## NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 8/11/2008

Dr. Y. EL ANDALOUSSI  
Professeur Agrégé  
Traumatologie - Orthopédie  
Neuroclinique de Casablanca

Docteur

Mme Bendimer Hassan

Appel à retrait de  
l'épingle duret

Le 28/11/2008

Dr. Y. EL ANDALOUSSI  
Professeur Agrégé  
Traumatologie - Orthopédie  
Neuroclinique de Casablanca



# مصحة الجهاز العصبي

## NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

15/11/2022

Casablanca, le .....  
**FACTURE N° 0098/11/22**

Docteur :

NOM ET PRENOM : MR BENHIMA HASSAN

INFILTRATION IPRF SOUS ECHO-GUIDEE

MONTANT TOTAL

: 3000.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
«TROIS MILLE DIRHAMS »

FD

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA  
Angle rue Isere et rue N° 2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca • Tél : 05 22 82 11 11 (L.G)  
Fax : 05 22 85 21 84 • Email : karimhouidi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009



# مصحة الجهاز العصبي

## NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le ..... 15/11/2022

Docteur :

### COMPTE RENDU D'INFILTRATION IPRF

**MR BENHIMA HASSAN** présentait une capsulite de l'épaule droite.

Il a bénéficié d'une infiltration écho guidée d'IPRF fait ce jour sous anesthésie

PROF. Y. EL ANDALOUSSI  
Professeur Agrégé  
Traumatologie - Orthopédie  
Clinique Neuroclinique de Casablanca  
Chirurgien Orthopédique



EXP :  
LOT N° :

# مصحة الجهاز العصبي

## NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Docteur :

M. Benhousseine Hassan

Dr. El ANDALOUSSI  
Professeur et praticien en Neurologie et en Pédiatrie  
Traumatologue et Urgentiste  
Neuro Clinique de Casablanca

Casablanca, le 15/11/2008

6 118001 031016  
VOLTFAST® 50 mg  
Poudre pour solution orale  
PPV : 49.70 Dhs

