

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Declaration de Maladie

Nº W21-715456

189383

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8884

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN MAAAROUF Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BEN MAAAROUF Sarah

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Réphalès

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'at

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
01/10/23	Consultation	402,00		INP : DR. LEMETRI Hassan DENTISTE DE CASA ANA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/10/23	217,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

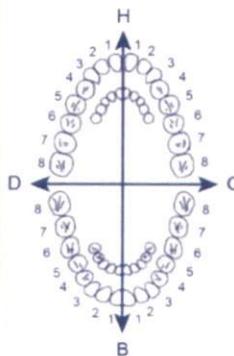
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/10/23	TM eurdrath	1752,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

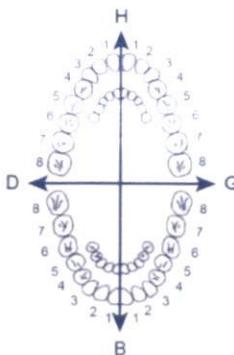
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le ٢٥/١٠/٢٠١٤.

Docteur :

ZEN MAA Rouf Sarah

١٤.٦٥
١) Dolostop ١٩.

٣٧.٢٣

٩٤.٥٥
٢) Vitarom ٥٣.٥٠

٢١.٤٩

١٠٩.٩٥
٣) Juvarim ٦٨.٥٠

٣٩.١٧

٢١٧.٨٦



NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle rue de l'Isere et rue N° 2
Quartier Bagatelle - Polo
Tél: 0522 82 11 11 - Casablanca





مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 09/09/2023

Docteur :

Hélène BEN MAAHUF SARAH

Age 16 ans

ATCO : RAS

Rép Réle's ATCO 4 après mouvements
violent de la tête

Faire tomber le cerveau

Dr. LEMTRI HASSAN
Anesthésiste Réanimateur
NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Crétes-Polo
Tél: 0522 82 11 11 - Casablanca
Fax : 0522 85 21 84 • Email : karimhoudi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009



مصحة الجهاز العضبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le

Docteur :

01/10/2023

FACTURE N° 0159/10/23

NOM DU PATIENT : MME BEN MAAROUF SARAH

CS GARDE : 400,00
TDM CEREBRALE : 1750,00

MONTANT GLOBAL : 2150,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
« DEUX MILLE CENT CINQUANTE DIRHAMS »

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle rue de l'Isere et rue N° 2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca • Tél : 05 22 82 11 11 (L.G)
Fax : 05 22 85 2184 • Email : karimhoudi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, Le

01/10/2023

Nom et Prénom: Mme. BEN MAAROUF SARAH
Médecin : LEMTIRI HASSAN

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE :

Acquisition spiralée de coupes millimétriques sans injection de produit de contraste, avec reconstructions multi planaires.

RESULTATS :

Absence de lésion intra parenchymateuse décelable aux étages sus et sous tentoriels.

Absence de stigmate hémorragique.

Absence de lésion ischémique.

Ligne médiane en place.

Système ventriculaire de taille et de morphologie normales.

Citernes de la base libres.

Fosse cérébrale postérieure sans anomalie.

Absence de lésion osseuse.

Aération normale des cavités sinusiennes de la face en dehors d'une formation polypoïde de la cuvette maxillaire gauche.

AU TOTAL :

Absence d'anomalie intracrânienne décelable.

Polype de la cuvette maxillaire gauche.

Dr KAHHAK M

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isere et rue N° 2 Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca
Quartier Bagatelle - Crêtes-Polo
Tél.: 05 22 82 11 11
Fax : 05 22 85 21 84