

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.

adiologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

aire :

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.

die 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.

ddresses Mails utiles

clamation	: contact@mupras.com
se en charge	: pec@mupras.com
hésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

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.

ND. 50993

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03094

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Bayadi Mustapha

Date de naissance : 01/01/1945

Adresse : Rue Jules Guesde cité calina N° 4 APPN° 6
Paris

Tél. : 0676 09 57 97 Total des frais engagés :

898,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/03/2020

Nom et prénom du malade : LAKLACH RKIA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Gonarthrose Côté

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 : 30/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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
24.09.2020	Co		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
NEURIMAG ANALYSE DE LA RADIOGRAPHIE DE L'OS Quartier Bagatelle-Creteil-Pojo Tel: 05 34 28 21 11 - Casablanca	24.09.2020	24.09.2020	300,00

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	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

(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

LOT: FX 10

EXP. 02/2023

P.P.C. 149 Dh

مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

LOT: FX 10

EXP. 02/2023

P.P.C. 149 Dh

Casablanca, le

EG/BS/8080

Docteur:

Mme Laâidoun Dr

Flexima x

Med + Epiolt 3maz

Dr. Y. EL AYADI MOUSSI
Professeur Agréé
Traumatologie Chirurgie
Neuro Clinique de Casablanca



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le

24/08/2010

Docteur :

Mme Lakhdar Hélène

Rx du genou gauche

en charge

- F

- P

Dr. Y. EL AAOUI
Professeur
Traumatologue
Neuro Clinique de Casablanca

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère et Rue N° 2
Quartier Bagatelle Crêtes-Polo
Tél.: 05 22 82 11 11
Fax : 05 22 85 21 84 • Email : karimhouidi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009

Angle rue de l'Isère 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 _____

24/09/2020

Docteur :

FACTURE N°0275/9/2020

NOM ET PRENOM : Mme LAKLACH RKIA

CS PR EL ANDALOUSSI : 300,00
RX GENOU GHE F/P : 300,00

MONTANT TOTAL : 600,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
« SIX CENTS DIRHAMS »

MF

NEUROCLINIQUE
Casablanca
Tél: 0522 82 11 11
Quartier Bagatelle
Angle rue de l'Isère et rue N° 2
Polo
Casablanca
Maroc
Email: karimhouidi@neuroclinique.com
Site Web: www.neuroclinique.com
ICE: 001524581000009