

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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.

Prothèse :

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

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- 0037556

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11054 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HABIB-ALLAH MEHDI

Date de naissance : 01/06/75

Adresse : Rés. FAL GREEN 2702 Apt 15 BOUSJOURA

Tél. : 0661310197 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/03/2021

Nom et prénom du malade : H.ABIB ALLAH MEHDI Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Tumeur cérébrale

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 : CASA Le : 27/04/21

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Handwritten signature of the adherent.

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
23/03/2021	G		300,00	
23/03/2021	G		Cont. 2	
23/03/2021	CA		300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/2021	88,40
	23/03/2021	262,20 P.I.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/03/2021	200	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan d

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXE



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 08/03/2021

Docteur :

M. HABIB ALAÏH NEÛDI

23,50

23,50

Me 095402
pharmacie

23,50
URBANYC 1g
1/2 - 0 - 1/2

DEPAKINE chrono

1,5 - 0 - 1,5

110,00
ALVITHYC 1g

2 g/jr peut en voir

53,10
RECA XSC 1g

265,20

LOT : 20E015
RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V : 53DH10



P.P.V : 53DH10
CP B20
RELAXOL 500MG/2MG

LOT : 20E015
PER : 03 2023





مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA



Casablanca, le 23/03/2021

Docteur :

M. HABIB ALAH NEHOI

OEDES 20mg
7 gélules



58/40

SOLUPRED 20mg

3g le matin pendant 7 jours

30/50

Oeds 20mg



Solupred® 20 mg
20 Comprimés effervescents



LOT 201157
EXP 04/2023
PPV 30.00DH

07/88



Dr. BELAGUER Adnene
NEUROCHIRURGIEN



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

23/03/2021

Casablanca, le _____

Docteur :

FACTURE N°0235/2/2021

NOM ET PRENOM : Mr HABIB ALLAH MEHDI

CS PRE ANESTHESIQUE : 300,00
RX THORAX : 200,00

MONTANT TOTAL : 500,00

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

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle Rue de l'Isère et Rue N° 2
Quartier Bagatelle-Crêtes-Polo
Tél : 05 22 82 11 11 - Casablan