

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

Maladie

Dentaire

**MUPRAS
RECEPTION** Optique

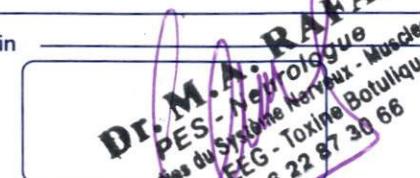
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5652 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité
 Nom & Prénom : SAFRI miloudi
 Date de naissance : 28/01/1962
 Adresse : 40, esp EL wifa Derroua Berrechid
 Tél. : 0668498354 Total des frais engagés : 350 + 833,10 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 SEP. 2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

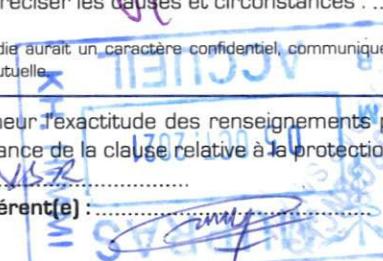
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : N.B.R

Le : 05/10/2021

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
20/01/2021	GS		350000	DR. M. A. PES - Neurologue es du Système Nerveux - Muscu- EEG - Toxine Botulique 06 22 87 30 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Praticien SARL au N° 1 Dériveau 22-53-208-2049176 NPE	20109121	733.15

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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
		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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

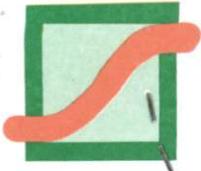
H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Formation Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مَسْجِدَة دَار السَّلَام

CLINIQUE DAR SALAM

Docteur Rafai Ma
PES -Neurologue

Maladies du Système Nerveux et Muscles • Explorations
Neurophysiologiques

Ancien Neurologue aux Hôpitaux de Paris et Bordeaux
Ancien « Fellowship » de l'Institut de Myologie - Paris
ElectroNeuroMyoGraphie (ENMG)

ElectroEncéphaloGraphie (EEG) -Toxine Botulique
neuroconsultcasa@gmail.com Tel: Rdv 0622 873 066
SMS 0642 655 255

LOT : 210824
EXP : 05/2024
PPV : 132,50DH

Casablanca, le 20 SEP. 2021

LOT : 210824
EXP : 05/2024
PPV : 132,50DH

NOM ET PRENOM:

Dr. Hbib Dina

LOT : 201416
UT AV : 10/2023
PPV : 132,50DH

132. ³ ① Yoket ^{Dr} _{UT AV : 10/2023} Tél: 05 22 53 20 83 ^{PPV : 132,50DH}

18. ② ² ^{Dr} _{UT AV : 10/2023} Tél: 05 22 53 20 83 ^{PPV : 132,50DH}

18. ③ ² ^{Dr} _{UT AV : 10/2023} Tél: 05 22 53 20 83 ^{PPV : 132,50DH}

Dr. M. A. RAFAI
Neurologue
Maladies du Système Nerveux - Muscles
EEG - ENMG - Explorations Neurophysiologiques - Toxine Botulique
Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Professeur Rafai Ma
Explorations Neurophysiologiques -ENMG- EEG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires
et Neuro-Musculaires)
Sur Rendez-Vous

Adresses-Mail : neuroconsultcasa@gmail.com

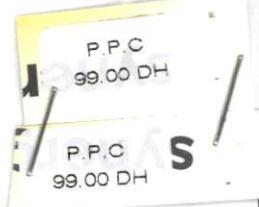
Sur Rendez-Vous 0622 87 30 66

99.00 Ⓛ M C Ⓛ

Y2

14

time



95.00

Q IPP pre

7pes



83.10

Pharmacie ANCIENNE DEROUA
Sarl au
Bloc 1 N° 1 Deroua
Tél: 05 22 53 20 83

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
CASABLANCA

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202109026	20/09/2021	Mme HABIB Mina	Payant	20/09/2021 20/09/2021

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
TOTAL CLINIQUE					50,00

AUTRES PRESTATIONS

DR. RAFAI(Neurologue)			1	300,00	300,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					300,00

Arrêtée la présente facture à la somme TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	TOTAL GENERAL	350,00
---	----------------------	---------------

URGENCES 24 / 24
Service Urgences
Clinique Dar Salam



URGENCES 24 / 24 مسحوقات

28, Bd. Modibo keita Casablanca 20100 -Tél : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F.: 1087352
Attijari Wafa Banque Agence 2 Mars, RIB : 007 780 000000 122 5000356 68 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma - www.cliniquedarsalam.ma
ICE : 001660857000058