

# 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.

N° W21-666668

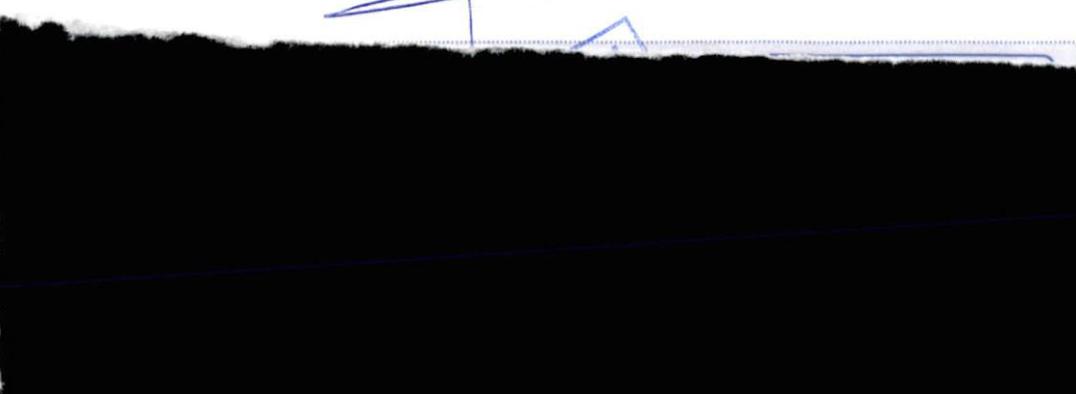
Mo-202  
M-202

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
<b>Cadre réservé à l'adhérent(e)</b>			
Matricule :	93041	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Dr H. HOUIDI
Nom & Prénom :		El Hassyne Youssef BENRAZI Abdellah	
Date de naissance :		01/01/1941	
Adresse :		Habibielle	
Tél. :	0522 899357	Total des frais engagés :	1000,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :	Dr. Abdelkarim HOUDI NEUROCHIRURGIEN Neuro Clinique de Casablanca Tél : 0522 82 11 77
Date de consultation :	25/03/22
Nom et prénom du malade :	El HASSYNE YOUSSEF MERIEM
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	Gombalgis
Conjoint	<input type="checkbox"/>
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'intention 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  
**Signature de l'adhérent(e) :** Le : 09/04/2022



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
25/03/22	3		6	Dr. ABDULKARIM HOUDI EUROCHIRURGIEN Neuro Clinique de Casablanca T61 - 0522 82 11 11
31/03/22	Opération		1009	R. Abdulkarim HOUDI EUROCHIRURGIEN Neuro Clinique de Casablanca 0522 82 11 11

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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																							
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																		
					<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																		
					<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																		
					<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
					<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>																		
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>																					
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>																					
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>																					
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>																					



# مصحة الجهاز العصبي

## NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

**31/03/2022**

Casablanca, le .....

Docteur :

**FACTURE N° 0338/3/22**

NOM ET PRENOM : MME EL HADY MERIEM

INFILTRATION LOMBAIRE

MONTANT TOTAL : 1000,00

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

**FD**

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA  
Rue de l'Isère et Rue N° 2  
Quartier Bagatelle-Crêches-Polo  
Casablanca  
0522 82 11 11