

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.

Diagnostique 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.

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° P19- 046703

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2779 Société : 114818
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ESSIAF FATHA
Date de naissance : 1/8/57
Adresse : 107 Rue Oujane Res Park II Apt 21
beausejour
Tél. : 066177480 Total des frais engagés : 10000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/03/2022
Nom et prénom du malade : ESSIAF FATHA Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Douleur cervicale
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 : Le :
Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

Inflection class
Gerund

DR. ABDELKARIM HOUSSEIN
NEUROCHIRURGE
Neuro Clinique de Cochin
Tél : 0522 82 17 17

[illegible]

Montant de la Facture

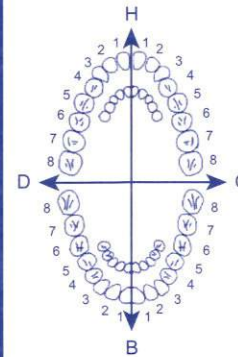
[illegible]Montant
des Honoraires[illegible]

Montant détaillé des Honoraires

[illegible]

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l

Coefficient

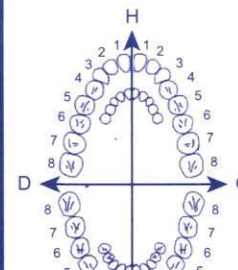
FIN
D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

DATE DU
DEVIS

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession





مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le _____

31/03/2022

Docteur :

FACTURE 0301/3/22

NOM DU PATIENT : MME ESSAAF FATIHA

INFILTRATION CERVICALE

MONTANT TOTAL : 1000,00

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

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



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, Le

1er AVRIL 2022

COMPTE RENDU D'INFILTRATION

Nom et prénom : MME ESSAAF FATIHA

Infiltration cervicale

CR

Patiente en position assise.

Anesthésie locale à la Xylocaine 1%.

Infiltration de 80 mg de Dépo-médrol avec 5 cc de Xylocaine 1 % et 15 cc de sérum salé.

Exérèse de l'aiguille puis pansement

DR HOUIDI
Neurochirurgien

Dr. Abdelkarim HOUIDI
NEUROCHIRURGIEN
Neuro Clinique de Casablanca
Tél : 0522 82 11 11