

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 27703 Société : 114818

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ESSAAF FATHA

Date de naissance : 11/8/57

Adresse : 107 Rue Oujda
beausejour

Tél. : 0661177480 Total des frais engagés : 10000 DT Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/03/2022

Nom et prénom du malade : ESSAAF FATHA Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur cervicale

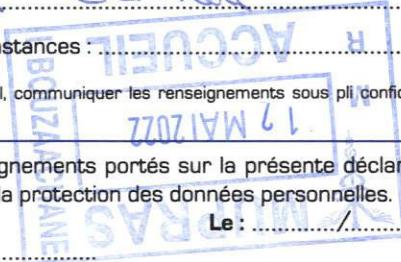
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
3/1/2022	Infiltration	1000,00	Dr. Abdellatif NEUFCHATEL	DR. ABDELLAÏF NEUFCHATEL Né le : 05/02/1982 Médecin de la Clinique de Casablanca Dr. Abdellatif NEUFCHATEL

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 de l'ostéodensitométrie.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]



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 »**

ج.ع: 0522 82 11 11
شارع: rue de la
العنوان: Casablanca
المدينة: Casablanca
ال電子郵件: karimhoudi@neuroclinique.com
الموقع: www.neuroclinique.com
الرمز البريدي: ICE : 001524581000009



مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, Le

1er AVRIL 2022

COMPTE RENDU D'INFILTRATION

Nom et prénom : MME ESSAAF FATIHA

Infiltration cervicale

CR

Patiante 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 HOUDI
Neurochirurgien

Dr. Abdelkarim HOUDI
NEUROCHIRURGIEN
Neuro Clinique de Casablanca
Tél : 0522 821111