

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 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

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5652 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : SAFRI miloudi

Date de naissance : 28/07/1962

Adresse : 40, n° 100P EL WAFI Derroua

Tél. : 0668498354 Total des frais engagés : 300 + 265 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10 JUIN 2022

Nom et prénom du malade : 1646

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : gafalalayfi

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 : 22/07/2022

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
20.06.22	1/2		350 D.H	D. M. PES Maladies du système nerveux ENMG TEE Toxine Rdv. 06 22 87 30 86 Clinique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ELFAIZ N°50 Lot Khadija 2 Dercoua Tel:0622515969 INPE:062071030	20/06/88	265,00

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 de l'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

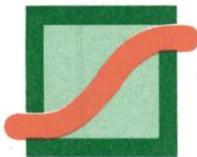
	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, 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
Professeur - Neurologue

Maladies du Système Nerveux et Muscles • Explorations
Neurophysiologiques

Casablanca, le

20 JUIN 2022

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

NOM ET PRENOM:

Dr Habib Nissa

Nissa

PHARMACIE
N 50 Lot Khadija 2 Deroua
Tel: 0522515869
INPE: 062071030

LOT : 220176
EXP : 03/2025
PPV : 132,50 DH

LOT : 220176
EXP : 03/2025
PPV : 132,50 DH

PHARMACIE
N 50 Lot Khadija 2 Deroua
Tel: 0522515869
INPE: 062071030

Professeur Rafai Ma

Dr. M.A. Rafai
Professeur - Neurologue
Maladies du Système Nerveux et Muscles
ENMG - EEG - Toxine Botulique
Rdv - SMS - Neurophysiologie

Explorations Neurophysiologiques -ENMG- EEG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires
et Neuro-Musculaires

Sur Rendez-Vous

Tel: Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail : neuroconsultcasa@gmail.com

Sur Rendez-Vous 24/06/22 87 30 66



CLINIQUE DAR SALAM

DEMANDE D'EXAMENS

№ 062544

Nom : HABIB Ch :

Prénom : NINA

Docteur : RAFAI

Examen Demandé : N2

3 \$ or

Medecin Correspondant :

URGENCE Clinique DAR SALAM Le 20/02/22

Signature