

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

- Reclamation : 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.

M22- 0046955

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8365 Société : RAM (204131)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JRIA ABDELLAH

Date de naissance : 04-01-1964

Adresse : 125 RUE 13 - B 1000 RABAT

OLFA CASABLANCA

Tél. : 061233376 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Professeur JAHANI Sædia Rhumatologue 06 18 15 51 9

Date de consultation : 14/06/2021

Nom et prénom du malade : Hafida

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : P.Q

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : CASABLANCA Le : 03 MAI 2021

de l'adhérent : (Signature)

Le : 03 MAI 2021

de l'adhérent : (Signature)

Le : 03 MAI 2021

de l'adhérent : (Signature)

Le : 03 MAI 2021

de l'adhérent : (Signature)

Le : 03 MAI 2021

de l'adhérent : (Signature)

Le : 03 MAI 2021

de l'adhérent : (Signature)

Le : 03 MAI 2021

de l'adhérent : (Signature)

Le : 03 MAI 2021

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 11/4/2024 | C | | 60000 | professeur J. M. Siaffo 11/4/2024 Signature de l'agent de la clinique de la université de l'enseignement et de la recherche de la clinique de la |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <i>PHARMACEUTIQUE AL OUARZAZATE RAJIA AL HAJ NASSER SIDI MOUSSA ROUTE : 05 22 95 00 00 TÉL : 05 22 95 00 00</i> | 01/04/24 | 210,90 |

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'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (5-8), lower left (9-12), and lower right (13-16). The arch is centered on a vertical axis with directional markers: D (left), G (right), H (top), and B (bottom). The teeth are numbered 1 through 16, with 1 at the top center and 16 at the bottom center. The teeth are represented by circles with numbers inside, and some have small symbols like 'P' or 'H' next to them.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مصحة الجهاز العصبي NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

Casablanca, le 14/10/20

Docteur :

Hajjaf Sanan

29,70

(10)

A 2 Id Tw

2445

89, 50.

(v)

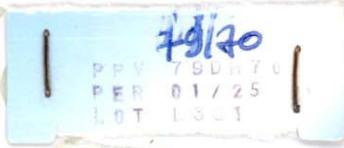
April 19

41,70. (3)

(3)

U.S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE 1922

Fr 210,90





مصحة الجهاز العصبي

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA

01/04/2024

Casablanca, le

Docteur :

FACTURE N° 008/4/24

NOM ET PRENOM : MME HAJJAJI SANAA

CS PR JANANI

MONTANT TOTAL

: 400.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
«QUATRE CENTS DIRHAMS »

FD

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle rue de l'Isere et rue N° 2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca - Tél : 05 22 82 11 11 (L.G)
Fax : 05 22 85 21 84 • Email : karimhoudi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009

NEUROCLINIQUE DE CASABLANCA
Angle rue de l'Isere et rue N° 2, Quartier Bagatelle - Polo - Casablanca - Tél : 05 22 82 11 11 (L.G)
Fax : 05 22 85 21 84 • Email : karimhoudi@neuroclinique.com • Site Web : www.neuroclinique.com • ICE : 001524581000009