

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.



Declaration de Maladie

N° W19-532401

46799

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 11338

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ELYAMMOUI Latifa

Date de naissance : 30-03-1970

Adresse : 59 RUE KACEN ANINE HAY ELWAHDA BERRGHITA

Tél. : 0668448769

Total des frais engagés : 716,60 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : aff. Nouria Chomy Age : 2020

Lien de parenté :

Soi-même Conjoint Enfan

Nature de la maladie :

MUPRAS ACCUEIL 15 NOV. 2020 Dr. M. JAHAI PES - Neuropathie, Maladies du Système nerveux - Muscles, EMG - EEG - Toxine Botulique, Tel: 062873066

Dans le cas où la maladie aurait un caractère infectieux, je déclare que j'ai informé le praticien et le médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je

avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 15 NOV. 2020 Le : 26/11/2020

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

VOLET ADHERENT

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
22/10/2016	G		350,00	INP 09 039 111 Dr. M.A. HAFAI PES - Rééchographie Maladies du Système Nerveux - Muscles ENMG - EEG - Toxine Botulique Rdv: 06 22 87 30 66

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/01/2023	366,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

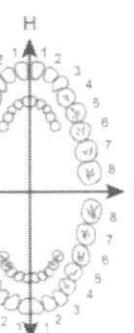
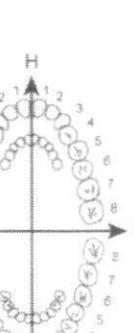
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX _____												
				MONTANTS DES SOINS _____												
				DEBUT D'EXECUTION _____												
				FIN D'EXECUTION _____												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX _____												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		MONTANTS DES SOINS _____
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS _____												
				DATE DE L'EXECUTION _____												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



دار السلام
CLINIQUE DAR S

LOT : 0076
EXP : MAI 2025
PPV : 51,30 DH



PPV : 51,30 DH
EXP : JUN 2025
LOT : 0073

Docteur Rafai Ma
PES - Neur' P
PAROXETINE WIN 20MG
CP PELL SEC 830
P.P.U.: 1320400
A.s.
Anci. 118888863361
Electru. neuroconsul..
600302-107
2023-06-06 08:32
Explorations
Bordeaux - Paris
que
3 066
255

NOM ET PRENOM: LOT : 20E007
PER.02 2023

Casablanca, le ..

22/1

132x(2)

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBNO NAFIS
HAY Yasmina Berrechid
Tel: 05 22 87 31 88

Paraphane Cp

75

6mm

51,80

PHARMACIE YASMINA
77 RUE IBNO NAFIS
HAY Yasmina Berrechid
Tel: 05 22 87 31 88

T3 366,60

Dr M.A RAFAI
Explorations Neurophysiologiques - ENMG - EFG - Toxine Botulique, Biopsies musculaires
et Neuro-Musculaires

Sur Rendez-Vous : le Rdv - 0622 873 066 / SMS - 0642 655 255

Adresses-Mail: neuroconsultcasa@gmail.com

Rdv: 05 22 87 30 88

JURGENCES 24/24 06 22 87 30 66

728, Bd. Modibo Keita Casablanca 20100 - Tel : +212 5 22 851 414 - Fax : +212 5 22 830 880 - E-mail : contact@cliniquedarsalam.ma

www.cliniquedarsalam.ma - C.N.S.S. : 6387246 - Patente : 36372350 - I.F. : 1087352

B Myobilt Cr

2 Up

1 Down

Dr. M.A. RAFAI
PES - Neurologue
Maladies du Système Nerveux - Muscles
ENMG - EEG - Toxine Botulique
Rdv: 06 22 87 30 66

CLINIQUE DAR SALAM CASABLANCA

728, Bd. Modibo keita
 TEL 212 5 22 851 414 - 212 5 22 830 880
 CASABLANCA

F A C T U R E

Numéro Facture	Date Facture	Nom du patient	Prise en charge	Période hospitalisation
202012059	22/10/2020	Mme EL YAMNAOUI Latifa	Payant	22/10/2020 22/10/2020

Désignation des prestations	Observation	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant DH
FRAIS CLINIQUE			1	50,00	50,00
TOTAL CLINIQUE					50,00

AUTRES PRESTATIONS

DR. RAFAI(Neurologue)			1	300,00	300,00
TOTAL AUTRES PRESTATIONS					300,00

Arrêtée la présente facture à la somme TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS	TOTAL GENERAL	350,00
---	----------------------	--------

URGENCES 24 / 24