

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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

- 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.

N° W21-764365

AS6545

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Ca De réservé à l'adhérent (e)	Matricule : 6638	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	ELNESTAPHA
Nom & Prénom : ELKHALIFI 1962		Date de naissance :	
Adresse : CASA		Tél. : 000,00 + 50,00 Dhs	

## CLINIQUE GHANDI

54, Bd. Ghandi - Casablanca

Tél. : 0522 36 74 05/0522 36 69 17

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/01/2023

Nom et prénom du malade : ELKHALIFI MAITYA Nee ITHYAOUI

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Fibroskopie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

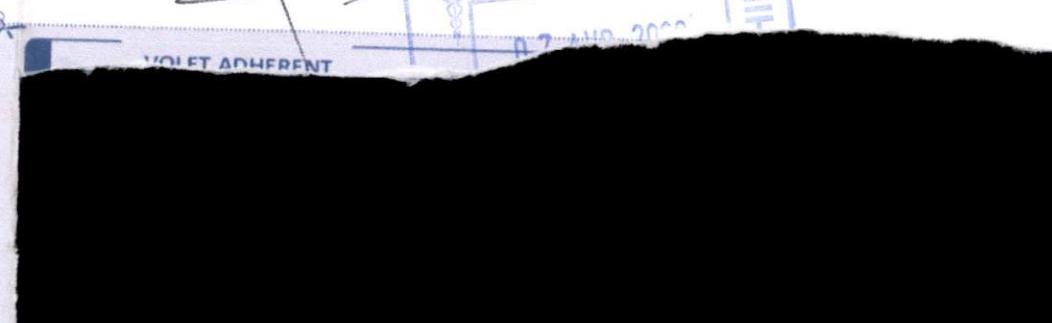
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 18/01/2023



#### BELEVE 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
18/07/11	CLINIQUE GHANDI 54, Bd. Ghandi - Casablanca Tél.: 0522 36 74 05 / 0522 36 69	Ac 2000	CLINIQUE GHANDI 54, Bd. Ghandi - Casablanca Tél.: 0522 36 74 05 / 0522 36 69	INP : 1111111111111111

## 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
52,700.00 - 122 23 59 31 124 Fax 0322	18/01/23	P 109	450,-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## BELEVE 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 de l'OC.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE



NA

230118080002NA-0

18/01/2023

Mme IHYAOUI NAIMA

Naissance : 18/01/2023 08:22:00

PAYANT

DR. BOUBADI NOUREDDINE

Centrostrophe

RHO: Inflam. Sinusite maxillaire.

Osologie: Rugosité & aspect marqué  
Caractéristique rugueux en  
place, érosif.

Estomac  
Aspect & Atrophie rugueuse  
épaisse à prédominance  
Centrale. Béfes -  
Rougeur > Normal.

EC + lésions érosif des lèvres  
+ lésions atopiques cutanées.

54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • شارع غاندي، 54 الدار البيضاء، 20210



# *Laboratoire de Pathologie du Centre*

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 18/01/2023

**FACTURE N° : 23/01538**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

**450,00 Dhs**

**QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **18/01/2023**

Pour **IHYAOUI NAIMA**

Sur ordonnance du : **Dr BOUBADDI**



**CLINIQUE GHANDI**  
MEDICO-CHIRURGICALE  
**54 BD GHANDI**  
TEL 0522 36 74 05  
FAX 05 22 94 64 91  
CASABLANCA

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : **IHYAOUI NAIMA**

Chambre : **HJLITS2**

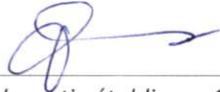
Médecin traitant **BOUBADI NOUREDDINE**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **18/01/2023**

Date sortie **18/01/2023 10:31**

Le caissier



L'infirmier



Le major



Billet de sortie établi par : SALMA

18/01/2023

10:10

230118080002NA-001

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11  
Matraz.N

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° : 543 / 2023 du 18/01/2023

Nom patient **IHYAOUI NAIMA** Entrée 18/01/2023  
PAYANTS Sortie 18/01/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FIBROSCOPIE	1,00		1 000,00	1 000,00
<b>Total Clinique</b>				<b>1 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  MILLE DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>1 000,00</b>

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11  
Matraz.N