

# 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.

## 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.

## Education :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

N° P19- 063501

ND: 36019

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661241318

Total des frais engagés : 121,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 18/01/2020

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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<del>ARMACIE ROUDANI Le LEBBAR Khadija Ep MIKOU shim Roudani Vers MI/ Rousset Maarif - Casablanca 22 27 23 86 / 05 22 27 12 2020 الروداني لبار خادجا</del>	03/07/2020	76,20
	07/08/2020	45,20

#### ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du My You ref Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
M. M. Radialage		
05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24		

## 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

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE et  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER C O2-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
IMPLANTATION COCHLEAIRE  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

جراحة امراض الرأس و الدماغ و العمود الفقري  
جراحة الأذن و الأنف و الحنجرة  
جراحة الوجه و العنق  
جراحة أمراض العيون  
الإنعاش الطبي و الجراحي  
جهاز الليزر  
جهاز السكابير الجسماني الكلري  
ذرع فوقية الأذن  
التشخيص و التحليلات

Casablanca, le : 03-07-2020 الدار البيضاء، في:

M<sup>r</sup> IRAHIMI

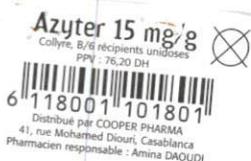
mohamed

- Azyter collyre

76,20

1 goutte x 21 j

pd 3 j



صيدلية الروదاني  
PHARMACIE ROUDANI  
Main LEBBAR Khadija Ep. MIKOU  
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Maârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

Dr. EL ALAOUI Saïda  
Ophthalmologiste  
207, Boulevard ZERKTOUNI  
CASABLANCA. Tel: 05 22 94 91 66

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R.C.: 74087 - Patente : 35504150  
Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 29 48 36/37  
Fax : 05 22 22 03 57 - E-mail : rachidi@cliniquerachidi.com



[www.cliniquerachidi.com](http://www.cliniquerachidi.com)

43. شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض: 1037680 - رقم التغريف: 01020458 - س.ت: 74087 - العنوان: 35504150  
الهاتف: 05 22 29 48 36/37 - 05 22 20 92 42/43 - 05 22 22 12 96 - 05 22 22 03 57  
الفاكس: 05 22 22 03 57

1. Alcohol  
2. Water  
3. Hydrogen

~~Hydrogen~~

~~Hydrogen~~



PHARMACIE ROUDANI  
Mme Mikou Lebbar Khadija

Page 1

FACTURE

N° FACTURE : 766493  
Date : 07/08/2020

Client :

MR IBRAHIMI MOHAMED

Désignation Produits	Quantité	P.V	Total
GLUCOPHAGE 850 MG / 60 CPS	1	45.20	45.20

صيدلية الرودانى  
PHARMACIE ROUDANI  
Mme LEBBAR Khadija Ep. MIKOU  
26, Bd Brahim Roudani Vers Mly Youssef  
Mzârif - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 23 86 / 05 22 27 12 24

$\leftarrow T = 45,20$

