

# 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 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 |

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 02239	Société : R.A.M		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ELOURAOUZ AOUA			
Date de naissance : 15/01/1952			
Adresse : 7 Allee des Neffliers Firdauss Riad Le Jada Tél. 0661098627 Total des frais engagés : 643,60			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin:			
<p>Dr. A. Chafik RAHMANI ORL Chirurgie tête et cou Autorisation 14 908 24 Bd. Abd Dar El ghaffari - Sidi Bernoussi 24 JUIN 2020 - Tél. 05 22 75 59 78</p>			
Date de consultation : 25 AOUT 2020			
Nom et prénom du malade : ELOURAOUZ BA SMA Age:			
<p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint Nature de la maladie : Cognitif</p>			
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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles

Fait à : Casablanca - Le : 24/08/2020  
Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet à signature du Médecin attestant le paiement des Actes
26 JUIN 2020	ct	3	250DH	   

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES CITRONNIERS Dr. EL OUDI TASSI RAHIM 29, Bis Allée des Citronniers Ain Sebaa - Casablanca Tél : 05 22 34 46 70	24/06/2020	393,60

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaire, ainsi que le bilan

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

#### ET HONORAIRES

établié en indiquant la nature des soins

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L

Dr. A. Chafik RAHMANI

Spécialiste Nez - Gorge - Oreilles  
Chirurgie de la FACE et du COU

Diplômé de la faculté  
de Médecine de Nancy (France)

• Membre de la Société Française  
et l'Académie Américaine d'O.R.L.  
et chirurgie TÊTE et COU

• Ancien spécialiste des Hôpitaux  
Militaires Marocains.



الدكتور شفيع رحمني  
اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة  
جراحه الوجه، العين

خريج كلية الطب بتانسيسي (فرنسا)

• عضو الجمعية الفرنسية  
والأمريكية للأخصائيين

• اختصاصي سابق بالمستشفيات  
ال العسكري المغربي

24.06.2020

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

Melle EL OURAOUI Basma

30,00

1 NO-DOL FEN 400MG B/30

(SV)

30,00

1 comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas, pendant 10 jours.

99,00x2

2 MAGMINE

(SV)

1

751 00 22  
LOT 99,00 PER  
Prix 99,00

1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 2 mois.

49,40x9

3 COLTRAX 4 MG B/12

(SV)

2 boites

751 00 22  
LOT 99,00 PER  
Prix 99,00

14,00

4 DOLIPRANE 1G COMPRIMÉ

(SV)

1 boite

PPV:14DH00  
PER:09/22  
LOT:I2020

59,80

5 PRAZOL 20MG

(SV)

1 bo

PPV:52DH80  
PER:08/22  
LOT:J494-3

En cas de douleur 1 comprimé le matin, à midi et le soir, au cours du repas.

1 gélule par jour, pendant 10 jours.

Dr. A. Chafik RAHMANI  
O.R.L Chirurgie Tête et cou  
24, Bd. Abi Dar El ghaffari - Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

PHARMACIE DES CITRONNIERS  
Dr. ELOUATTASSI RABAB  
29, Bd. Aléa des Citronniers  
Aïn Sebaa - Casablanca  
Tél.: 05 22 34 46 70

Dr. A. Chafik RAHMANI  
O.R.L Chirurgie Tête et cou  
24, Bd. Abi Dar El ghaffari - Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

بالموعد Sur Rendez-vous

24. Bd. Abi Dar El Ghaffari  
Sidi Bernoussi - Casablanca

الهاتف : 05 22 75 59 78 / 05 22 75 59 79

fax: 05 22 75 59 79

24 ، شارع أبي ذر الغفارى  
سيدي البرنوصى - الدار البيضاء