

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-540907

32652

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02739 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELOURAOU BASMA

Date de naissance : 15/11/1957

Adresse : 7 Allée des Nefliers Firdaous
Rte Le Bâa Casablanca

Tél. : 0664098627 Total des frais engagés : 643,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 JUIN 2020

Nom et prénom du malade : ELOURAOU BASMA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Cécité

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

Fait à : Casablanca Le : 24/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

RELEVÉ 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
24 JUIN 2020	cs	3	250 DH	Dr. EL HASSI RAHMAN 24 Bd. Abi Da El ghaffari - Sidi Berradj Casablanca - Tél: 05 22 75 59 78

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

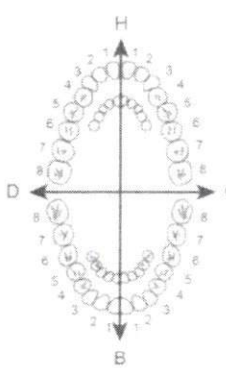
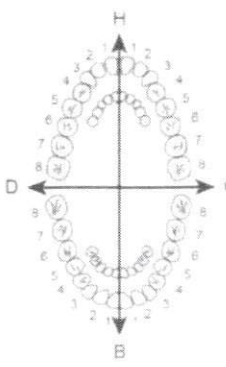
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

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 [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []														
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 ع. شفيق رحمانى

**اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه، العنق**

خريج كلية الطب بـناني (فرنسا)

• عضو الجمعية الفرنسية
والأكاديمية الأمريكية للاختصاصات

• اختصاصي سابق بالمستشفيات
العسكرية المغربية

24.06.2020

Casablanca, le في الدار البيضاء

Melle EL OURAOUI Basma

30.00

1 NO-DOL FEN 400MG B/30



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

99,00x2

2 MAGMINE



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

49,40x2

3 COLTRAX 4 MG B/12



1 comprimé le matin, à midi, à 16h et le soir, au cours du repas. pendant 6 jours

14.00

4 DOLIPRANE 1G COMPRIMÉ



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

59,80

5 PRAZOL 20MG



1 gélule par jour, pendant 14 jours

T= 393,60

PHARMACIE DES CITRONNIERS
Dr. ELOUATI ASSI RABAB
29, Bis Aïne des Citronniers
Ain Sebba - Casablanca
Tél.: 05 22 34 46 70

Dr. A. Chafik RAHMANI
O.R.L. Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 908
24, Bd. Abi Dar El ghaffari - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

Dr. A. Chafik RAHMANI
O.R.L. Chirurgie Tête et cou
Autorisation 14 908
24, Bd. Abi Dar El ghaffari - Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél : 05 22 75 59 78

30,00

2 boîte

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

2 boîtes

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

1 boîte

1 bo

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

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

49,40

49,40

Sur Rendez-vous بالموعد

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

Tél.: 05 22 75 59 79 / 05 22 75 59 78
Fax: 05 22 75 59 79

24 ، شارع أبي ذر الغفاري
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء