

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ▪ 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° W19-563822

82 496

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	931	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : KERADIM - MOHAMED		
Date de naissance : 1-1-1952		
Adresse : LOT KHADIA RUE OUAD CHERRAT N° 159 DEROUA		
Tél. : 0667506767 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
 Dr. A. Chafik KERDIMANI O.R.L Chirurgie Tete et cou 24, Bd. Abi Dar El Ghaffari - Sidi Bernoulli Casablanca - Tel : 05 22 27 50 78	
Date de consultation :	14 AOÛT 2021
Nom et prénom du malade : KERR OUAD MOHAMED	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : 04.08.2021

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04 AOÛT 2021





## **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
04. AOUT 2021		2	250 DH	INP : 0911102062 Dr A. Chouikh R.E Chirurgie Tête et cou Autorisation 11-508 24, Bd Abi Dar El ghaffar - Sidi Bernoussi Casablanca - Tel : 05 28 75 59 78

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU TAKREB SOUDIA 251, Rue Abbé Ali Al Khouli Tel.: 05 22 62 30 56 - PAT: 32801500 CASABLANCA	7/5/2021	

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

**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  
جراحة الوجه، العين  
خريج كلية الطب بسانسي (فرنسا)

عضو الجمعية الفرنسية  
والأمريكية للأخصائيين  
اختصاصي سابق بالمستشفيات  
ال العسكري المغربي

**04.08.2021**

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

**Mr KERROUM Mohamed**

**POLYDEXA sol auric : Fl/10,5ml**

5 gouttes le matin et le soir, pendant 8 jours.

1 boite

2180

Dr. A. Chafik RAHMANI  
O.R.L Chirurgie Tête et cou  
Autorisation 14 909  
24 Bd. Abi Dar El Ghaffari - Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tel : 05 22 75 59 78

PHARMACIE DR. CHAFIK RAHMANI  
TAHRI JOURDAN MEDICAL  
251, Rue Abou Ali Al Kali  
Tél: 05 22 62 30 56 - PAT: 32801586  
CASABLANCA



### **Sur Rendez-vous**

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

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

24 ، شارع أبي ذر الغفارى  
سيدي البرنوسي - الدار البيضاء