

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR GIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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 à caractère personnel.

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2530 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHIKHAOUI AHMED

Date de naissance : 30.06.1952

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06 27 58 61 58 Total des frais engagés : 183.60 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 23/02/2022

Nom et prénom du malade : Clin Lehar Age : 18A

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : RHT gynéco

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 : CASA Le : 23/02/2022

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
23/07/2011	Balancier		Gratuit	Dr. FZZAIIRI Nasser Médecin Général Transfert Etoile 1 05/05/2011

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SALAHEUDINE SELMÉ HASSOUNI Boulevard Oued Sebou 10 50 06 - Casablanca	23/12/22	183,60

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Naïma EZZAHIRI

Médecine Générale  
D.U. Echographie Générale  
D.U. Gynécologie Médicale F.M. Strasbourg  
D.U. Diabétologie F.M. Montpellier



الدكتورة نعيمة الزاهري

الطب العام

دبلوم الفحص بالصدى

دبلوم أمراض النساء من سترايسبرغ  
دبلوم أمراض السكري من مونبولي

Casablanca, le : 23.02.2022

Chell Yassine Chikhaoui

Dr. Naima EZZAHIRI  
PHARMACIE SALAHEDDINE  
SELMA HASSOUNI  
755, Boulevard Oued Sebou  
Tél: 05.22.90.50.06 - Casablanca

1 47,30 x 2 = 94,60  
2 47,30 x 3 = 141,90  
3 47,30 x 1 = 47,30  
4 47,30 x 1 = 47,30

5 47,30 x 1 = 47,30  
6 47,30 x 1 = 47,30  
7 47,30 x 1 = 47,30  
8 47,30 x 1 = 47,30

05.22.90.11.19 - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف :

274, Bd. Oued Tensifet - El oulfa - Casablanca - Tél. : 05.22.90.11.19

E-mail : naima\_ezzahiri@yahoo.fr

183,60

Exp. date :

PPC (DH) :

PPC 89,00