

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>8306</u>	Société : <u>D202277</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>D202277</u>
Nom & Prénom : <u>AZMY JAMALI</u>			
Date de naissance : <u>22/02/1965</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>52429278815</u> Total des frais engagés : <u>1000,00</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
P. A. BENGHALEM Professeur Agrégé Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale 58, Bd. Rachidi-Casab Tél: 0522 48 63 65 ICE: 00111024000057 INP: 091022103			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>29 JUIN 2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Azmy Jamal</u> Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>affection ORL</u>			
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 : 05/07/2022 Le : 05/07/2022

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
9 JUIN 2022	C3		<i>Gabalou</i>	INP : 091022103 Pr. A. BENGHALEM Professeur Agrégé Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale 88, Bd Rachid-L-Casa Tél: 0522 48 63 65
2-9 JUIN 2022				ICE: 001711024000057 - INP: 091022103

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Nouvelles Frontières Lyon 7 ^e - Tél. 05 22 20 00 00	29/06/22	114,10

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
		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.



CLINIQUE RACHIDI oto-neuro-ophtalmologie

LOT: M21145
EXP: OCT 2024
PPV: 45,50 DH

NEUROCHIRURGIE
OTORHINOLARYNGOLOGIE
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE
OPHTHALMOLOGIE
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE
LASER C O2-ARGON-YAG
SCANNER SPIRALE
IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN

Casablanca, le : 29/6/20

LOT : 6928
UT.AV : 02-25
P.I.V : 10 DH 60

جراحة أمراض
جراحة الأذن و
جراحة ١١
جراحة أم
الإنعاش وال
جهاز الاليز
جهاز السكارا
ذرع فوقة ا
التشخيص وال

المرحلة
الراشدي
مصحة الراشدي

4 ~ 187 y Jamile

88 - 0

- Saphir Ig S

using 2121

4550

- Lotte Boyce

48

48

1060

-Doloto p 18 cp

PHARMACIE LAHJAJMA
Maria ZEMANOVÁ
Václavice, rezidence Tachovská
tel.: 65 22 20 23 21
Pr. A
Chirurg.
56, Br. 1
ICE: 00

Pr. A. BENGHALEM
Professeur Agrégé
Chirurgie ORL & Maxillo-faciale
58, Bd. Rochdi Casabéti: 0522 48 63 65
02171102400057 - INP/09/022103

Can

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087 - Patente : 35504150

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax : 05 22 22 03 57 - Email : rachidi@cliniquerachidi.com

Avenue
Cas

www.cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ض.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - اليمان: 35504150

05 22 29 48 36/37 - 05 22 27 61 41 - 05 22 22 12 96 - 05 22 29 48 36/37

النک : 05 22 22 03 57 www.cliniquerachidi.com