

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule :	4557	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné[e]	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		MEHDADI KARIM	
Date de naissance :		15 . Sept 1959	
Adresse :		Apt. 13 Res. Al fajr Hay Al Ojods Sidi Bernoussi	
Tél. :		06.68.52.82.51	Total des frais engagés : 556,30 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	22 DEC 2022	Bureau :	222211111111
Nom et prénom du malade :	MEHDADI KARIM		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Soi-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	oldo		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :
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.

CASA

Le : 26/12/2022

à 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 Relèvement des Actes
22 DEC 2022	4	2	300 DH	<i>DR RAHMANI 24, Bd Abd El Ghaffari Sidi Bernoussi - Tél: 0522 75 59 79 INPE: 091117861</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACEUTIQUE RUE 2 N° 15 Casablanca</i>	22.12.22	256,30

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### 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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

  

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000	
	D 00000000 00000000 35533411 11433553	
	G B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

  

DEBUT D'EXECUTION	FIN D'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX			

  

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	COEFFICIENT DES TRAVAUX			

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 رحمني

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة  
جراحه الوجه، العنق

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

عضو الجمعية الفرنسية  
والأمريكية للأذن للإختصاصيين

الاختصاصي سائق بالمستشفيات  
العسكري المغربي

22.12.2022

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

**Mr MEHDAOUI Karim**

85,80 x 2

**1 FLOXAM 500MG B/16 GÉLULES**

2 boites

2 gélules le matin et le soir, au cours du repas, pendant 8 jours.

30,00

**2 LOCATOP 0,1 % crème : T/30g**

1 boite

1 application le matin et le soir, pendant 10 jours.

21,80

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

1 boite

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

32,90

**4 EXODERIL SOLUTION**

1 boite

4 gouttes le soir, pendant 10 jours.

T = 256,30

Dr. A. CHAFIK RAHMANI  
O.R.L.  
Bennoussi Tel: 0522 75 59 79  
24, Bd Abd El Ghaffar Sidi  
INPE: 0911 17861



PHARMACIE BLOC "C"  
Rue 2 GHORFI NE  
Q Al Qods Sidi Bennoussi  
Casablanca



24