

# 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.

M23-0026431 *181738*

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6886** Société : **Retraite RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre : **Retraite**

Nom & Prénom : **SOUAI ABOELLAH**

Date de naissance : **23. 05. 1957**

Adresse : **Tassira Hassania. 111 ACN=48 ou LFA Casab**

Tél. : **0667-045714**

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur M'hamed CHRAIBI  
Spécialiste O.R.I.  
47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mv. Youssef  
Tél: 0522 20 69 43/0522 20 77 47  
Casablanca -**

Date de consultation : **20.10.2023**

Nom et prénom du malade : **BOADAO KHADIJA** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : **AFFECTION O.R.L.**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

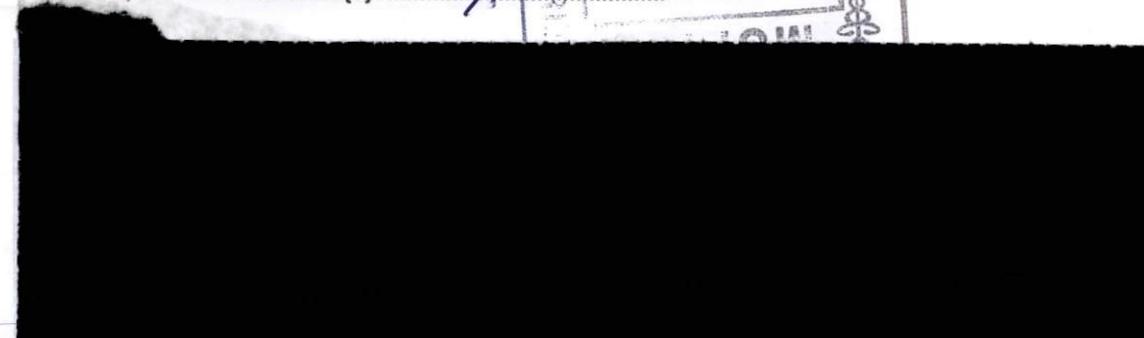
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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.

Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : *cf.*



## 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
20/10/23	C 2		Crédit	M'hamed CHRAZI spécialiste O.R.I. 7, Angle Bd. Anfa & Bd. Mv. Youssef Tél: 0522 20 69 43 0522 20 77 67 Casablanca -

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHI 10 Ave. de l'Industrie Hay Hassani - Casablanca Tél: 0522 90 32 63	20/10/23	235,40

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## 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 **l'anastre** des soins.

### Important

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaire, ainsi que le bilan de l'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Points D, G, H, and B are marked. D is on the left, G is on the right, H is at the top, and B is at the bottom center. The teeth are numbered 1 through 8 in a sequence from D to G, then from G to H, and then from H back to B. The diagram is used for determining				

**Ghandi Clinic**  
GHANDI CLINIC

REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFÉ  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63

Casablanca, le :

20/10/23

## ORDONNANCE

Mr Boudair Khadifa

45180



REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFÉ  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63

PPV (DH):

LOT N°:

UT. AV.:

3260

45,80

Cordeen 22

3ct meti

U. Vauil fer

100 3L

85

Amox 3g

100 2L

3260



Amox 3g

100 2L

Levamox 1g cruff

100 3L

15700



REVEAL SARL  
PHARMACIE CHIFÉ  
10 Ave. Afghanistan  
Hay Hassani - Casablanca  
Tél.: 0522 90 32 63

2351403



54, Boulevard Ghandi, 20210 Casablanca • شارع غاندي، 20210 الدار البيضاء • 54

📞 +212 522 36 74 05 📞 +212 522 94 07 70 / 74 📞 +212 522 39 09 73 📞 +212 522 36 05 34