

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 canalaire, l'accord préalable renseigne 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 canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

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"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>71232</u>		Société : <u>RAM</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>HANKRIR Nohaouia 2013 MA</u>
Nom & Prénom : <u>HANKRIR Nohaouia</u>			
Date de naissance : <u>12 - 09 - 1966</u>			
Adresse : <u>BD GHAZZA Residencia Amira 38</u>			
imme 3 n° 10			
Tél. : <u>0662 76 34 68</u> Total des frais engagés : <u>5 00,00 DH</u>			

PRAFR05 / V2/20-10-2023	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin : 	
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019	Date de consultation :	Age : <u>57</u>
	Nom et prénom du malade : <u>Hawwara Nohaouia</u>	
	Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
	Nature de la maladie :	<u>ALD</u> <input type="checkbox"/> ALC <input type="checkbox"/> Pathologie : <u>ALD</u>
	Affection longue durée ou chronique	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC
	En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>Maladie</u>
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le :

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
87-3724	Q		100	Dr. RICHARDAB Chirurgien-Dentiste 22, Rue Neuve-Main Tél: 05 22 22643-11 - Fax: 05 22 22643-12 site web: richardab.com
				CLINIQUE

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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	

NORMAIRES	
taillé res	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
 <p>Dr. Richard GHANDI Chirurgien 22, Rue Naïf Maâa - Casablanca Tel: 05 22 2243-11 - Fax: 05 22 2243-12 site web: richardghandi.com</p>	
 <p>CLINIQUE GHANDI Service Administratif 54, Bd Hassan II - Casablanca Tel: 05 22 2243-11 - Fax: 05 22 2243-12 Site Web: www.cliniqueghandi.com</p>	
NANCES	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

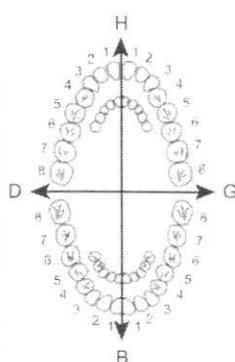
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIR

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	P



[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXISTENCE



Casablanca le : 08/03/24

Reçu de paiement

A Mme/Mr..... HANKRIN MOHAMED

Nous, soussignés Clinique Ghandi avoir reçu la somme de..... 100,-

Cette somme a été reçue pour :

FC

Le paiement a été fait par :

- Chèque
- Espèce
- Carte Bancaire

CLINIQUE GHANDI
Service admissions
54, Bd Ghandi - Casablanca
Tél.: 0522 36 74 05/0529 36 89 71
SIGNATURE