

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.

N° W21-761668

135186

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 1983 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : KHAIR EDDINE AHMED

Nom & Prénom : KHAIR EDDINE AHMED Date de naissance : 30/06/1944

Adresse : Rue Yasmine - Résidence du Palais - Imm. II

APPTE 9 - Hay Erraha (Beaujardin) - CASABLANCA

Tél. : 0696813267 Total des frais engagés : 1140,90 DH

Cadre réservé au Médecin : DR. Rachid ZAFAD

Cachet du médecin : OPHTALMOLOGISTE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01

Date de consultation : 25/10/2022

Nom et prénom du malade : SABILI MALIKA Age : 63 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Glaucome chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer des 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 : Casablanca Le : 25/10/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
25/11/2022	CS + FC		4000DH	INP : 091113939 Dr. Rachid ZAFADOU Orthodontiste Chimique - Casablanca 740 à 49 (LG) 0123456789 DINA

EXECUTION DES ORDONNANCES.

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WOURoud Rue des Rosiers A Colis de l'ind Antoinette - Casablanca 943 000 192	25/10/22	740,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

LIQUID ADHERENT

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'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX []												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS []
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 20226 / 2022 du 25/10/2022

CONSULTATION + FOND

Nom patient **SABILI MALIKA**
PAYANT

Entrée 25/10/2022
Sortie 20/10/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION + FOND D'OEIL	1,00		400,00	400,00
Total Clinique				400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	400,00
QUATRE CENTS DIRHAMS		

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 17 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01



ORDONNANCE



6 118001 071654
AZARGA® 10 mg / ml + 5 mg / ml
Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA



6 118001 071654
AZARGA® 10 mg / ml + 5 mg / ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

25 octobre 2022

Mme SABILI MALIKA

3 x 194,30

1/ AZARGA: COLLYRE



1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans les deux yeux

158,00

2/ CATIONORM



6 118001 071654
AZARGA® 10 mg / ml + 5 mg / ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml
Distribué par les laboratoires
SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NRQ
PPV : 194,30 DHS © 2011, 2015 Novartis 449271 MA

PPC 158,00 DH

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

740,90

