

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0018627

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7153 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAFI Khedir
 Date de naissance :
 Adresse :
 Tél. : Total des frais engagés : 3.22.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 27/09/2022
 Nom et prénom du malade : Chafi Khedir
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC
 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 : Casablanca Le : 16/11/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

RELEVÉ 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
27/09/22	G		306,00 UNIQUE AL MADINA FACTURATION Panoramique - Casablanca 22 77 77 40 à 49 (L.G.) 05 22 25 00 01	 Dr. Lahcen ZAFAD Ophtalmologiste Panoramique - Casablanca 22 77 77 40 à 49 (L.G.) 05 22 25 00 01

[illegible]

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

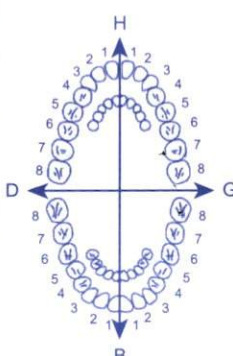
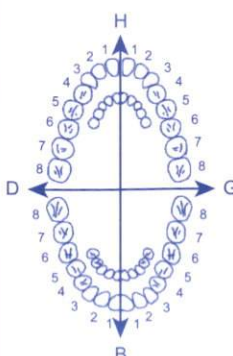
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

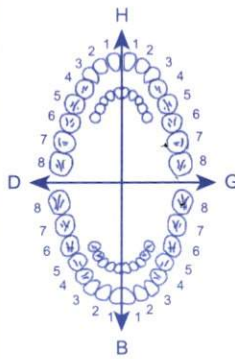
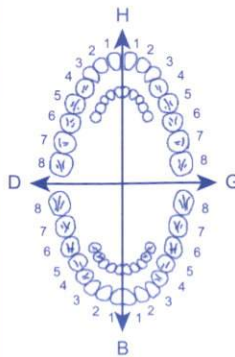
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 <hr style="width: 100%;"/> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: right;"> G 00000000 11433553 </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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 <input type="text"/>
						MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
						DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
						FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div></div><div><div>G</div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 17973 / 2022 du 27/09/2022

CONSULTATION

Nom patient **CHAFI KHADIJA**
PAYANT

Entrée 27/09/2022

Sortie 27/09/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

Le 4 novembre 2022

AL FIRDAOUS VISION
AV OUM ERRABIE MAG 021030 LOT AL FIRDAOUS
IMM GH 25 A OULFA
CASA, 20000
MAROC

Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 07159_1960-12-11_KHADIJA
N/REF : 20223080018324
Adhérent : CHAFI KHADIJA

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de KHADIJA CHAFI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2840.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 360.00 MAD

Validité de prise en charge : du 04-11-2022 au 04-02-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à KHADIJA CHAFI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

7159

AL FIRDAOUS VISION

EL AZIZI EL IDRISS HICHAM
Opticien Optométriste
202 Bd abdelmoumen RDC N: 5 Casablanca
INPE: 095001889



AL MADINA
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE



المدينة
مصلحة متعددة الاختصاصات

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophthalmologist
Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux
Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales
Chirurgie réfractive

الدكتور لحسن زفاض

إختصاصي في أمراض وجراحة العيون
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية
الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

27 septembre 2022

Mme CHAFI KHADIJA

Monture + verres correcteurs progressifs
Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches

VL : OD = + 2.50 (- 0.25 à 90°)

OG = + 2.50 (- 0.25 à 90°)

VP : ODG = Add : + 2.50

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

Dr. Lahcen ZAFAD
Ophthalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01

532, Bd. Panoramique, Casablanca - Tél: 0 522 77 77 40 à 49 - Fax: 0 522 25 00 01
Email: contact@cliniquealmadina.ma

AL FIRDAOUS VISION
ELAZIZI EL IDRISSI HICHA
Opticien Optométriste
202 Bd abdelmoumen RDC 11.5 Casablanca
INPE: 095001889