

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

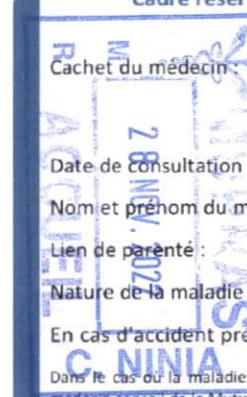
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-771696

238947

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	ASSOUNA	Société :	1236 RETRAITE
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	ASSOUNA MILOUD
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0661745803 Total des frais engagés : -300,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

	Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	
Nature de la maladie :	
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.	

ASSOUNA Miloud Age: 70 ans

Lui-même  Conjoint  Enfant

Visite préventive.

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) :

## 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
07/10/2022	CSCL (PA)	13000H	INPT	IRAMEL Anayir éssiste Réanimatrice que AL MADINA 091284885

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

### Important:

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

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Iraqui Houssaini Karim

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Membre de la Société Française d'Ophtalmologie

Chirurgie de la Cataracte par Phaco

Angiographie - Laser - Strabisme

Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie



الدكتور عراقي حسيني كريم  
طب العيون

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

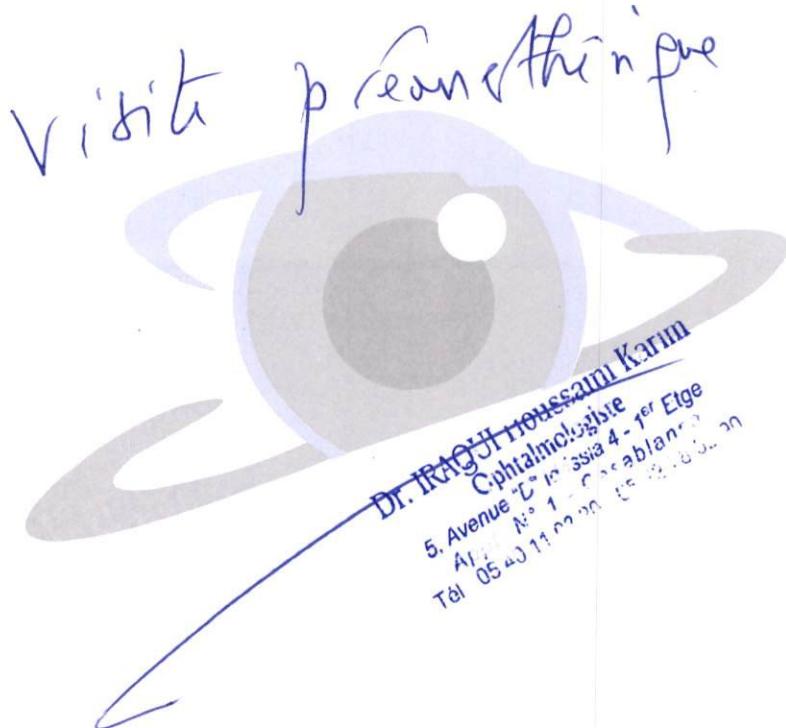
عضو بالجمعية الفرنسية لطب العيون

جراحة الجلالة بالأمواج فوق الصوتية

تصوير الأوعية - علاج بالليزر - الحول

العدسات اللاصقة - تصحيح قصر البصر بالليزر

Casablanca, le 05/10/2022 الدار البيضاء، في



0652 959 016 - 0522 285 290 5 شارع د (شارع الثمر) الإدريسية 4، الطابق الأول، الشقة رقم 1- الدار البيضاء - الهاتف :

5 Avenue D Idrissia 4, 1<sup>er</sup> étage, Appt. N°1 - Casablanca

Tél. : 0522 285 290 - 0652 959 016 / E-mail : [iraquikarim@hotmail.com](mailto:iraquikarim@hotmail.com) البريد الإلكتروني :

# CLINIQUE AL MADINA

## FACTURE

N° : 22160 / 2022 du 17/11/2022

Nom patient **ASSOUNA MILOUD**  
**PAYANT**

Entrée 07/10/2022  
Sortie 07/10/2022

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

<b>FRAIS CLINIQUE</b>	CPA	1,00	<b>150,00</b>	<b>150,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>150,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>150,00</b>

<b>DR. ARMEL ANWAR (anesthesiste)</b>	CPA	1,00	<b>150,00</b>	<b>150,00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>150,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>150,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>300,00</b>

Dr. ARMEL Anwar  
Anesthésiste Réanimateur  
Clinique ALMADINA  
INPE 091284885

CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
532 Bd Panoramique - Casablanca  
Tel: 05 22 77 77 40 8 49 (LG)  
Fax: 05 22 25 00 01