

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6380

Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH

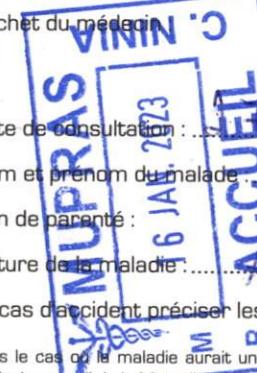
Date de naissance : 1945

Adresse : Résidence EL Khouja 6, Tannan 11, Appart N° 11
CASA MAROC

Tél. : 06 76 39 20 51 Total des frais engagés : 1698,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin



Date de consultation : 12/01/2023

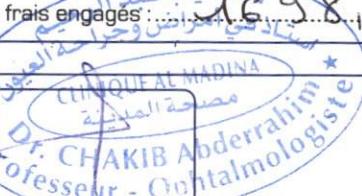
Nom et prénom du malade

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.



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 03/01/2023

Le : 03/01/2023

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
27/11/92		CS	300 DHA	CLINIQUE AL MADINA Dr. SAKIB Abderrahim * Optometriste * Radiologiste * Chirurgien Dentiste * Ophtalmologiste * 22-12-1992

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DR. SIDI MADINA Tél/Fax: 0523 21 12 59	22.12.22	1398,30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DÉBUT D'EXÉCUTION
				FIN D'EXÉCUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
B	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري وداء جلالة
أمراض الشبكية وجراحة العيون

Dr. Abderrahim CHAKIB

Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Répine et Cataracte
Chirurgie des yeux

ORDONNANCE

27 décembre 2022

Mr AIT BASSOU Salah

1/ AZARGA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

2/ ALLERGOCOMOD

1goutte 4 fois par jour , dans l'œil droit, pendant 3 Mois

3/ TANAKAN CP

1 cp x 3/j, pendant 3 Mois

✓ 1398.32

CLINIQUE AL MADINA
FACULTATION
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 75 23 66 00 51

PHARMACIE FLORIANE
Dr. ZIAD MOURA
Lotissement Floriane
Sidi Maâarouf - Casablanca
Tél-Fax: 05 22 32 19 59
Lot 21

د. شكيب عبد الرحيم
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
Clinique Al Madina
Dr. CHAKIB Abderrahim
Professeur - Ophtalmologist

71130



225002 12/24

71130



71130



225002 12/24

71130

71130



225002 11/24

71130



LAT PERKU10
71130

71130



71130



71130



STERIPHARMA

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

A utiliser avant: / Lot n° -

12/2024.

303208.

STERIPHARMA

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

A utiliser avant: / Lot n° -

12/2024.

303208.

STERIPHARMA

PPV : 57,90 DH

N° d'AMM 60/2020 DMP/MAJ

utiliser avant: / Lot n° -

12/2024.

303208.



CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 25519 / 2022 du 27/12/2022

Nom patient **AIT BASSOU SALAH**
PAYANT

Entrée 27/12/2022
Sortie 27/12/2022

CONSULTATION

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

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCCE MECQUE- CASA

