

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 074529

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH
 Date de naissance : 1945
 Adresse : Residence EL Khoufama 6, Immeuble A, App. N° 1
 C.N.S.A. Maroc
 Tél. : 06 76 39 20 51 Total des frais engagés : 16 98,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 12/01/2023
 Nom et prénom du malade : AIT BASSOU SALAH Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection oculaire
 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) :

Adresses Mails utiles

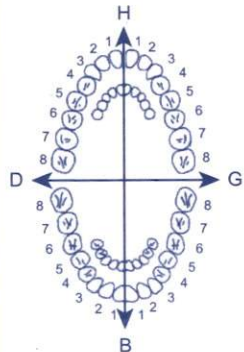
- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

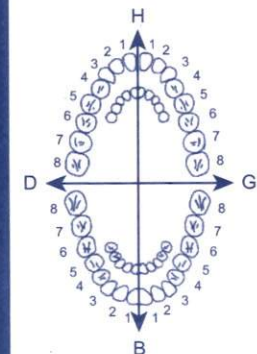
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

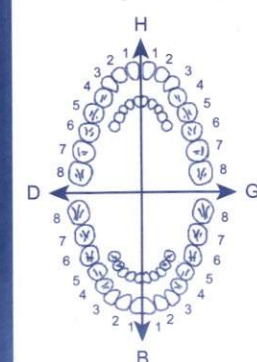
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION	



O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		H <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 25533412 00000000 21433552 00000000 </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 10px;"> D <hr style="flex-grow: 1;"/> G </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> 00000000 35533411 00000000 11433553 </div> B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
		<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. Abderrahim CHAKIB

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo - diabétologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux

الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون

داء العينين بالسكري وداء جلاله

أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE 27 décembre 2022

Mr AIT BASSOU Salah

(194.30 x 3)
1/ AZARGA: COLLYRE

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

(57.90 x 3)
2/ ALLERGOCOMOD

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

(71.30 x 9)
3/ TANAKAN CP

1 cp x 3/j, pendant 3 Mois

PHARMACIE FLORIDA
Dr. ZIAD Mounia
Sidi Maarouf - Casa 2015
Tel-Fax : 0522 32 19 59

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

د. شكيب عبد الرحيم
أستاذ في أمراض وجراحة العيون
* Dr. CHAKIB Abderrahim *
Professeur - Ophtalmologiste
CLINIQUE AL MADINA
المدينة

71130



225002 12/24

71130



71130



225002 12/24

71130



71130



225002 12/24

71130



225002 12/24

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

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

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Facturation
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 Fax: 05 22 77 77 49 (L.G.)
Email: 05 22 77 77 49