

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

M22- 0044990

149025

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5685 Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SEKKAT Dohoud

Date de naissance : 20 12 1936

Adresse : 32 lotissement fin d'bad A. Dial. leusa

sekkat.m.s@hotmail.com

Tél. : 06 13 07 46 47 Total des frais engagés : 670,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Sekkat Dohoud

Age: \_\_\_\_\_

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : \_\_\_\_\_

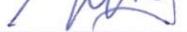
Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : \_\_\_\_\_

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 : / /

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 Parlementation des actes
21/12/22	CS+FS		400 DH	Dr. Rachid ZAFAR OPHTALMOLOGISTE 532 Bd Panoramique Casablanca Tel.: 05 22 77 77 40-3 49 (L.G) Fax: 05 22 25 00 01 QUE AL MADINA SABRAN Casablanca - Casablanca 49 (L.G)

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>PHARMACIE SINDIBAD</b> 168, Lotissement SINDIBAD Ain Diab - CASABLANCA Tel : 05.22.79.78.74	91/12/22	270,00

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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
		A M	P C	I M	I V	

## 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'ODF.

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a 10x10 grid of nodes. The nodes are arranged in rows and columns, with some nodes having specific labels: 'H' at the top center, 'D' on the far left, 'G' on the far right, 'B' at the bottom center, and 'Y' and 'Z' appearing as labels within the grid. The nodes are numbered 1 through 8, with some nodes having multiple numbers (e.g., node 1 appears in the first row and third column). The grid has arrows pointing from D to G and from H to B.

[Création, remont, adjonction] nctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**BILLET D'ADMISSION**

N° admission	 22L211131	
Nom patient	SEKKAT MOHAMMED	
Médecin	ZAFAD RACHID	
Motif	CONSULTATION + FOND	
Encaissement	400.00	<i>Visa accueil</i>  WAFAA 11:31

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse ③  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG)  
Fax : 05 22 25 00 01

**Docteur Rachid ZAFAD**

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté

de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

**الدكتور رشيد زفاص**

إخلاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكية

## ORDONNANCE

21 décembre 2022

135,00 X 2 Mr SEKKAT MOHAMMED

1/ EOLE DUAL COLLYRE



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

T: 970,00

PHARMACIE CINZAC  
108, Lotissement SINDIBAD  
Ain Diab CASABLANCA  
Tél : 05.22.79.78.74

PPC: 135,00

E 01 22  
07 / 2025

PPC: 135,00

E 01 23  
10 / 2024

**CLINIQUE AL MADINA**

**F A C T U R E**

N° : **13447 / 2022** du **21/12/2022**

Nom patient **SEKKAT MOHAMMED** Entrée **21/12/2022**  
**PAYANT** Sortie **21/12/2022**

**CONSULTATION + FOND**

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

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

QUATRE CENTS DIRHAMS	<b>Total</b>	<b>400,00</b>

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

