

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

- 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.

N° W21-761670

A 48966

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1983</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>KHAIR EDDINE AHMED</u>			
Date de naissance : <u>30/06/1944</u>			
Adresse : <u>Rue Yasmine - Résidence du Palais -</u>			
IMM. H. APPT. 9. HAYERRAHA (BEAUSETOUR)			
Tél. : <u>06.968.13.267</u> Total des frais engagés : <u>4740,90 Dhs</u> - Dhs			

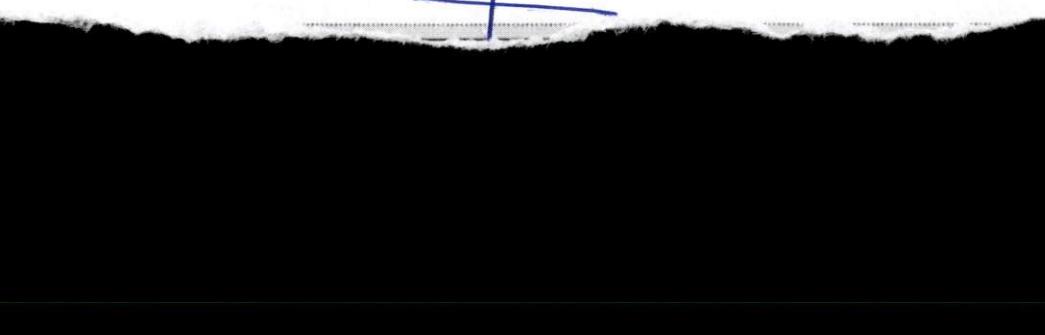
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	<u>31/01/2023</u>
Nom et prénom du malade :	<u>SARILI Malika</u>
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	<u>Glaucone chronique</u>
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	<u>Malade</u>
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements confidentiels 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 : 1/2/2023

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
31/01/2023	Ch	G		INP : 0911397901

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Dr. Rachid ZAFAD OPHthalmologiste - Casablanca 532 Bd Panoramique - Casablanca Tél. 05 22 77 40 49 (L.G) Montant de la Facture CLINIQUE AL MADINA 532 Bd Panoramique - Casablanca Tél. 05 22 77 40 49 (L.G)
PHARMACIE AL WOUROUD 61 Rue de l'Amirauté - Casablanca Montant de la Facture : 34808192	31/01/2023	Ph 90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ZAFAD	10/01/2023		

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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	INP : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]

ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
H	25533412	G	21433552	
D	00000000	G	00000000	
B	00000000	B	00000000	
	35533411		11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DATE DU DEVIS [REDACTED]
				DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté

de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA



ORDONNANCE

الدكتور رشيد زفاص

إخلاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكية



6 118001 071654

AZARGA® 10 mg/ml + 5 mg/ml

Collyre en suspension, Flacon de 5 ml

Distribué par les laboratoires

SOTHEMA BOUSKOURA AMM N° 426/18 DMP/21/NRG

PPV : 194,30 DH © 2011, 2015 Novartis 449272 MA

31 janvier 2023

Mme SABILI MALIKA



1/ AZARGA: COLLYRE

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans les deux yeux

2/ CATIONORM

PPC 158,00 DH



158,00 1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)

Dr. Rachid ZAFAD
Ophthalmologiste
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01

PHARMACIE AL WOUROUD
67, Rue des Roses A Coté de
Médipt Annabur - Seausejour
Tél: 05 22 36 84 30 - Casablanca
Parentel: 3408192