

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

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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 : 09451

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL BYAD BOUCHILT

Date de naissance : 10/08/1981

Adresse : 10 Avenue Pyramide

Tél. : 0676954581

Total des frais engagés : .Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/02/2023

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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 : CASA

Le : 18/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Recouvrement des actes
18.10.2013	Co		300.00	 Dr. Rachid ZAFAD Opticien - Casablanca 32, Bd Panoramique - Casablanca Tel: 05 22 77 40 24/49 (L.G) Fax: 05 22 25 00 01
				 QUE AL MADINA Opticien - Casablanca 32, Bd Panoramique - Casablanca Tel: 05 22 77 40 24/49 (L.G)

EXECUTION DES ORDONNANCES

ARMASIE Raison : PINS POLL Droguiste Fournisseur Docteur en Pharmacie Avenue Atlantide, N° 102 Bis Port Casablanca - Tél. : 05 22 52 71 0	Date	Montant de la Facture 532.00
	18/02/23	281,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
YOGI			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

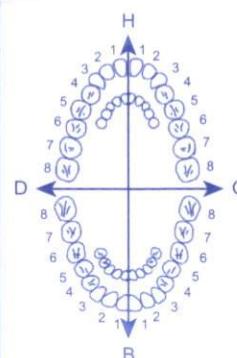
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LIPOSIC
Gel ophthalmique 10 g
ZENITH PHARMA
PPV: 34,00 DH
ADSP n° 220 DMP/21/NNP

NA
INAIRE



PPC 125,00 DH

LOT

٤
رات

0300422
2025 04

ORDONNANCE

18 février 2023

Mme EL BYAD BOUCHRA

1/ XILOIAL collyre



34,100 1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

2/ LIPOSIC gel



1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 15 jours

T = 281,00

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

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

PHARMACIE JARDINS POLI
Rajaa SEKKAT
Docteur en Pharmacie
Avenue Atlantide, N° 102 Bis Poli
Casablanca - Tél: 05 22 52 74 11

LOT

0421022
 2025 10

PPC 125,00 DH



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 4351 / 2023 du 18/02/2023

Nom patient EL BYAD BOUCHRA
PAYANT

Entrée 18/02/2023
Sortie 18/02/2023

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

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 20 01