

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE AVANT DE FAIRE DES DEMANDES

ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES PROBLÈMES

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

- Reclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1076

Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : FATAINE AMINA VEUVE KITOUDRI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0660339713 Dr. TAOUIFIK Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Mr. FATAINE AMINA 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 : Le : 24/10/2013

Signature de l'adhérent(e) : G.SL

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
24/03/2023		<i>Cabinet</i>		<i>Dr. T. Aouad</i>
24/03/2023		<i>Cabinet</i>		<i>Dr. T. Aouad</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ZEINAB</i> 19 Rue Sidi El Housseini Casablanca Tél: 05 22 24 37 81 Fax: 05 22 24 37 88	24/03/23	1114,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
24/03/2023		<i>Dr. T. Aouad</i>	<i>600,00</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A	M	P	C	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien doit 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
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Cash - 2410312023

M. FATAHÉ Amra ..

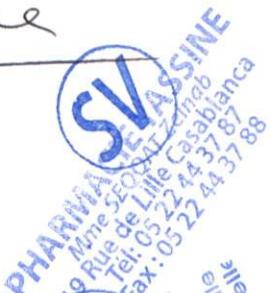
Preferine x (2.5 mg / 0.625).

~~92,60~~ 6 - 0 - 0



2. Cardisaspine

~~27,70~~ 6 - 1 - 0 .

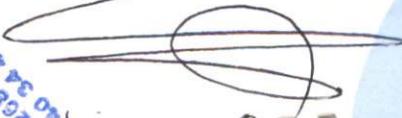


3. Anepasing

~~97,70~~ 1 - 0 - 0 .



49,40



Sixun's.

T: 1114,80

(Cobun's)

5

28 X 6

49,40

49,40

92,60

92,60

Preterax®
Arginine 2,5 mg / 0,625 mg

Comprimés pelliculés
Péridopat® arginine / Indapamide

30 Comprimés pelliculés

PPV: 92,60 DH

2.5



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280



Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

دوسيتراس
استدل ساليسيليك
آسيتاكسيسايليك
Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

فوس لا يضر بمحضنة المعدة

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétysalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.

6 118001 090280

PPV 49,40 DH
EXP 07/12/2025
LOT 221039

92,60

92,60

92,60



M. FATAHNE AMINA.

Le 24/03/2023

Compte rendu de contrôle de
pacemaker.

Hausse Boston scientifc

Type: Double chambre

Fonctionnement

- Détection A ou V sur le 12mV
- Seuil de détection A ou V 0.1mV et 0.3mV
- Impédance 2 fois A ou V à 620 et 780R
- Longévité renommée batterie 8 ans.

Conclusion

Dr. TAUFIK LOUAHIFI
Cardiologue Interventionnelle
Rythmologie Interventionnelle
INPE : 0522 07 9807
Tél: 0522 07 9807 34 47
53 Bd Hassan II, Casablanca

CLINIQUE AL MADINA
MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

Réçu de caisse

Médecin : DR. LOUAHABI TAOUIK

N° : 23032409122431201 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23C241010	FATAINE AMINA	24/03/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		500.00
PAYANT	Total payé	500.00
CINQ CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : M.SOUMIA

532, Bd Pasteur Casablanca -
Tél : 05 22 77 74 06
Fax : 05 22 25 06 11
CLINIQUE AL MADINA
Caisse
© 2008