

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

- 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.

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

M22- 0014536

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980	Société : Royal Air Maroc
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH	
Date de naissance : 1945	
Adresse : linessa, Résidence EL Khayam, Imm 11	
Appt n° 5 CASABLANCA	
Tél. : 0676 39 20 51	Total des frais engagés : 1698,3 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation : 05 / 10 / 2013			
Nom et prénom du malade : AIT BASSOU SALAH	Age:		
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Affection occupante			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : Pathologie			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Pathologie			
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 : **30 / 10 / 2013**

Signature de l'adhérent(e) : 

8

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
05/10/23	ACTES CHIRURGICALS	CS	LR 300 #	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/10/23	1398.30

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

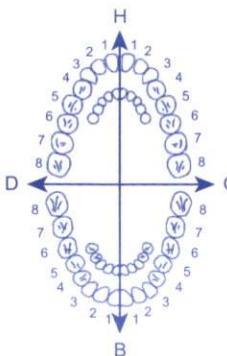
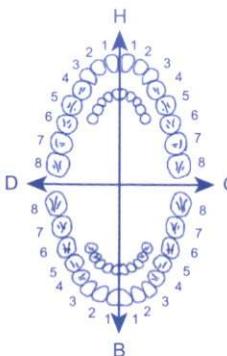
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS	
	H	25533412 00000000 35533411	G		21433552 00000000 11433553
	D	00000000	B		00000000
		35533411			11433553
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION			DATE DE L'EXECUTION	

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 26983 / 2023 du 05/10/2023

Nom patient **AIT BASSOU SALAH**
PAYANT

Entrée 05/10/2023
Sortie 05/10/2023

CONSULTATION - CHAKI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CONSULTA	1,00	50,00	50,00
<i>Sous-Total</i>				50,00

Total Clinique 50,00

PR. CHAKIB ABDERRAHIM (ophtalmologue)	CONSULTA	1,00	250,00	250,00
<i>Sous-Total</i>				250,00

Total Autres prestations 250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 022 25 00 02 RC:407991 TP:34782425 IF:1007171 ICE:001630200000096 CNSS:7582358

Pr Abderrahim CHAKIB

Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Rétine et Cataracte
Chirurgie des yeux



الأستاذ عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العيون
داء العينين بالسكري وداء جلالة
أمراض الشبكية وجراحة العيون

ORDONNANCE

05 octobre 2023

Mr AIT BASSOU Salah

(195.30 x 3)
1/ AZARGA: collyre x 3

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

(57.30 x 3)
2/ ALLERGO-COMOD: collyre x 3

1 gouttes 2 fois par jour, , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

(31.30 x 9)
3/ TANAKAN cp x 9

1 CP X 3/J, pendant 3 Mois

1398,30

CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique
Tél: 0 522 77 77 40 à 49 - Fax: 0 522 25 00 01
Dr. ZIAD Mounia
Cabinet: 21449 (L01)
Secteur: 250001
Dr. CHAKIB Abderrahim
Médecin: 22449
Dr. CHAKIB Abderrahim
Professeur - Ophtalmologiste

د. شكيب
أستاذ في أمراض وجراحة العيون *
Dr. CHAKIB Abderrahim *
Dr. CHAKIB Abderrahim
Professeur - Ophtalmologiste



U
x3 Ged



U
x9 Ged



U
x3 Ged