

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 428 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BADA Mohamed AYAD N° Siret : 87606
 Date de naissance : 15/11/1944
 Adresse : Hay Soufa - Rue 12 Novembre 6
 Tél. : 06 74 15 85 66 Total des frais engagés : 180,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Rachid ZAFAD
OPHTALMOLOGISTE
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 00 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 091139709

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/11/2023
 Nom et prénom du malade : BADA Mohamed AYAD Age :
 Lien de parenté : Lui-même Cé�oint Enfant
 Nature de la maladie : Hémangiome infantile vitréenne OG
 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 : 14/11/2023

Signature de l'adhérent(e) : M. BADA

MUPRAS



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 Rattachement des Actes
01/11/23	CH		G	<p>Dr. Rachid ZAFAD OPHTHALMOLOGISTE 532, Bd Panoramique - Casablanca Tél. : 05 22 77 77 40 & 49 (LG) Fax : 05 22 25 00 01 - INPE : 09 11 70 780</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

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
		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 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
25533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch (maxilla) with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: D (left), H (top), C (right), and B (bottom). Each tooth is accompanied by a symbol representing its function:

- D Quadrant:** Teeth 1 through 8 are represented by a circle containing a vertical line.
- H Quadrant:** Teeth 1 through 8 are represented by a circle containing a horizontal line.
- C Quadrant:** Teeth 1 through 8 are represented by a circle containing a diagonal line.
- B Quadrant:** Teeth 1 through 8 are represented by a circle containing a cross (X).

[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

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة
CLINIQUE AL MADINA

الدكتور رشيد زفاض

اختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكية

ORDONNANCE

01 novembre 2023

Mr BABA Mohamed

1/ TOBRADEX: collyre

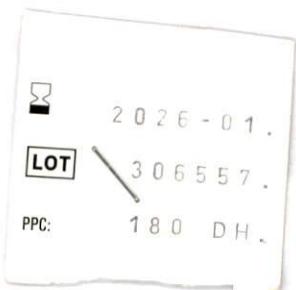
1 goutte 2 fois par jour

2/ NAVI nac1

1 goutte 3 fois par jour

3/ HYLOGEL

1 goutte 4 fois par jour



PHARMACIE AL QUAND
S. CHATAK Haj Nasser
Docteur Haj Nasser
Av. Ouarzazate
Tél / Fax : 0522 77 40 à 49
ICE : 001633547000034
Casablanca 53 45

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
532, Bd Panoramique Casablanca
Tel.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 091139791