

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.

Matricule : 5044 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-1963

Adresse : KERDOUN.M@GMAIL.COM

Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 529,80 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/02/2024

Nom et prénom du malade : ABERCHANE Leila Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Secherre

oculaire

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 : RABAT

Le : 04/03/24

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
05/10/24	CS		Dr. Pachidok 52 Bd Pasteur 75235 Paris Cedex 05 Tel: 01 52 21 14 00 Fax: 01 52 21 14 01	09/11/24 Dr. Pachidok 52 Bd Pasteur 75235 Paris Cedex 05 Tel: 01 52 21 14 00 Fax: 01 52 21 14 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HATIM AL MANZAH Km17, Commune Al Manzeh Route de Ain Aouda Tel: 0664 90 31 94 I.C.C : 002362370000009	5/2/24	529.80

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
		A M	P C	I M	I V	

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

P.P.C:
129.90DHS

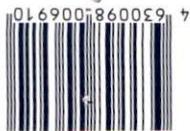


Numéro de lot
Date d'expiration

100323
04.2026

261023
11.2026

Numéro de lot
Date d'expiration



clinique al madina
CLINIQUE AL MADINA

P.P.C :
129.90 DHS

ORDONNANCE

05 février 2024

Mme ABERCHANE Leila

129.90 x 2 = 259.80

1/ GYLAN ud

1 goutte 4 fois par jour pendant 3 mois

135.00 x 2 = 270,00

2/ HYDRA med night

1 app le soir , pendant 1 Mois

T: 529.80



Dr. Rachid ZAFAD
OPHTALMOLOGISTE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax: 05 22 25 00 01 - 1

