

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

Nº P19-0034038

13914

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4583

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MIFTAHI mohamed

Date de naissance :

1943

Adresse :

Jemilat 5 Rue 170 n° 36

Tél. :

06 48 26 75 05

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 06/12/18

Nom et prénom du malade :

Age : 76 ans

Lien de parenté :

Lui-même épouse Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dr. CHAKIB Abderrahim, Professeur - Ophthalmologiste

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère professionnel, 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 : 13/12/2018

Signature de l'adhérent(e) :

Chakib Abderrahim

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/01/19	ct	-	13000	Dr CHAKIB Abderrahim CLINIQUE AL MADINA جامعة المدينة
				Dr CHAKIB Abderrahim CLINIQUE AL MADINA جامعة المدينة

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>HARMACHEN PHARMACIE ORZENIRANANAN JAMILA VILLE 1055 N° 3 CASE 7000 0000 0000</i>	<i>5/12/2019</i>	<i>385,90 DHS</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Professeur d'Ophtalmologie

Ophtalmo - diabétologie

Maladies de la Rétine et Cataracte

Chirurgie des yeux



مصحة المدينة

الدكتور عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض و جراحة العيون

داء العينين بالسكري و داء جلالة

أمراض الشبكة و جراحة العيون

٤٥١١٢١٢٦٩

MIFT AHI

MOHAMED

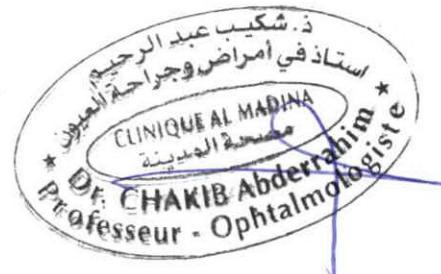
ORDONNANCE

PHARMACE IBN EL MOATAZ
DR BENKIRANE HABANE
JAMILA V. 10E 165 N° 28
CASA TEL 022 59 55 00

Instiller, à 15 minutes d'intervalle dans l'ŒIL OPERE, LES COLLYRES SUIVANTS :

140,20 2- a- Catex 500 MG	SV Comprimé	1cp x 2/j	pendant 5j
77,10 b- Dexafree	SV Collyre	1 goutte x 4/j	pendant 1 mois
40,130 c- Chibroxine	SV Collyre	1 goutte x 4/j	pendant 10j
25,90 d- MYDRIATIUM	SV Collyre	1 goutte x 2/j	pendant 1 mois
22,40 e- Frakidex	SV Pde	Pommade ophtalmique	pendant 24j
80 f- NAVITAE plus	SV Collyre	1 goutte x 6/j	pendant 2mois

385.90



CHOLEX 500 mg

PPV : 140DH/20
193162 03/2022
COOPER PHARMA
LOT 140DH/20

B-DEXAFREE

CHIBROXINE

OL-MYDRATICUM

EFRAKIDEX / MAXIDROL 1/2

F-NAVITAE plus

NAVITAE plus

6 118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0.4 ml - PPV : 72,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI
CHIBROXINE 0,3%
COLLYRE Flacon 5ml - PPV : 40,30 DH
AMM MAROC
N°34 DMP/21/NCI
6 118001 070817
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

6 118001 070428
MYDRATICUM 0,5%
Collyre - Flacon 10 ml - PPV : 25,90 DH
Non remboursable AMM
A.M.M. Maroc N° 19 DMP/21/NTT
Distribué par les Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1 Bouskoura - 27182 - MAROC

6 118001 070404
Laboratoires SotHEMA Bouskoura
Maxidrol pommade ophtal., 3,5 g
A.D.S.P. Maroc N° 14/DMP/21/NCI
PPV : 22,40 DHS
406805

