

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

1410

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Bééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

■ Pour le

- 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-soms est obligatoire en cas de problème.

- 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.

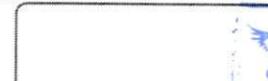


Déclaration de Maladie

Nº W19-53871C

538710
38601

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique <i>SD</i>	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <i>1109</i>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <i>JAMA Li SAïd</i>			
Date de naissance : <i>01/05/1952</i>			
Adresse : <i>104 Bd GHANDI NAY Bem Sy Berrachid</i>			
Tél. : <i>0664 559080</i>	Total des frais engagés :		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	02/07/2020
Nom et prénom du malade :	JAMAL Saïd
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Dr Rachid ZAFAR Ophtalmologist Rue Mohamed V et Rue Mansour Casablanca
En cas d'accident préciser les causes et circonstances	dicbeh
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer ces renseignements sous piconfidentiel 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 : _____

Signature of

Signature de l'auteur(e) :

Je: / /

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
02/07/20 CS		0		INP : 00000000000000000000000000000000 Dr. Rachid ZAFAR Oncologiste Bahi et Rue Mansour Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture <i>Année Quatrième</i>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE CAISSE MANSARD STATTIER CASABLANCA Angle Rue Mohamed V et Rue Mansard - Casablanca Tél: 23 77 40/49 - Fax: 02 23 50 00 22</i>	02/07/20	LASER PASCAL	120.00

AUXILIAIRES MÉDICAUX

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

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	INP : <input type="text"/>
-----------------	-------------------	---------------------	-------------	----------------------------

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

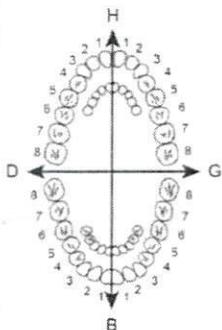
FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

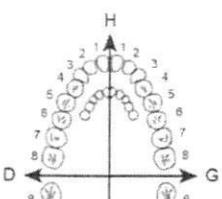
DATE DE
L'EXECUTION



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction] fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Ophtalmologie

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



مَدِينَةُ الْمَدِينَة

مَرْكُورٌ لِأَمْرَاضِ وَجْرَاهَةِ الْعَيْنَ

الدُّكْتُورُ رَشِيدُ زَفَادُ

إِختِصَاصِيُّ فِي طَبِ الْعَيْنَ

خَرِيجُ كُلِّيَّةِ الطِّبِّ بِبَارِيس

جَرَاهَةُ الْجَسْمِ الْزَّجَاجِيِّ وَالشَّبَكِيَّةِ

ORDONNANCE

2021/07/25

Mr JAMALI SAID

Essu Prolg 06

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax : 05 22 25 00 01

Dr. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers

Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax : 05 22 25 00 01 - CASABLANCA

E-mail : cliniquealmadina@œil.ma - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425

CLINIQUE AL MADINA
Centre d'Ophtalmologie
Docteur Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة
مركز أمراض وجراحة العيون
الدكتور رشيد زفاص
اختصاصي في طب العيون
خريج كلية الطب بباريس
جراحة الجسم الزجاجي والشبكي

ORDONNANCE

COMPTE RENDU LASER

Patient Mr. Mme. Mlle :

gAMALI SAID

A bénéficié : Séance (s)

5 6

Nature du laser :

- Argon
- Yag
- Pascal

Nature de la maladie :

Retinopathie

Diabétique

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca le, 02/07/2002
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22 25 00 01 - CASABLANCA

02/07/2002
DR. Rachid ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Casablanca

Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) / 05 22 25 00 02 - Fax: 05 22 25 00 01 - CASABLANCA
E-mail : cliniquealmadina@œil.ma - I.F n°:1007171 - Patente: 34782425

FACTURE

N° : 4990 B / 2020 du 02/07/2020

LASER PASCAL

Nom patient JAMALI SAID
PAYANTEntrée 02/07/2020
Sortie 02/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
LASER PASCAL	1,00		1 200,00	1 200,00
Sous-Total				1 200,00
Total Clinique				1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

CLINIQUE AL MADINA
Caisse
Angle Rue Mohamed Bahi et
Rue Mansard Quartier Palmiers
Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01