

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040667

NOV 19 14 1

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 483 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MR BENSOUNA MOHAMED
Date de naissance : 01.01.1940
Adresse : Immeuble TADAMOUNE (CHERAM) RUE 2
IMM 75 APPT. 5 2ème ETAGE - OULFA CASABLANCA
Tél. : 05.22.89.50.77 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BENSOUNA MOHAMED Age : 80 ans
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : Ben Souina

RELEVÉ 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
14/01/2020	log de pres	3	000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

22/01/2020

305,50

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

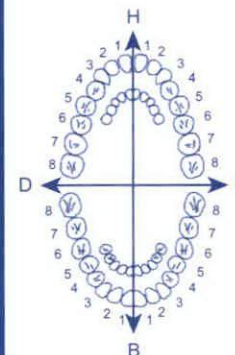
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient


CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412 21433552
00000000 00000000

D

00000000 00000000
35533411 11433553

B

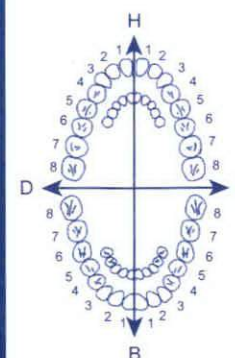
CCEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

PPV : 27 DH 50

مصحة المدينة

CHIBRO-CADRON
Collyre - Flacon 5 ml - PPV : 29,40 DH



AMM Maroc
N° 116 DMP/219 CV
Distribué par les
Laboratoires SCOTHEMA
B.P. N°1, 2718
Bouskoura - MAROC



12500686-02

Distributeur au Maroc:

Laboratoires STERIPHARMA
Z.I. Lina N 347 Sidi Maarouf
CASABLANCA-MAROC

PPC : 151,20 DHS

te verminderen

ORDONNANCE

Casablanca, le : 22/01/2020

Mr/Mme Bassama Dahmed

51,40

• **SPECTRUM 250 mg :**

1 comprimé matin et soir pendant 5 jours.

29,40

CHIBRO-CADRON COLLYRE :

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 2 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

1 goutte 1 fois par jour dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

PHARMACIE RIADELOULFA
241, GH5 RIADELOULFA
CASABLANCA
Tél.: 05.22.91.45.78

oeil gauche

* **TOBRADEX POMMADE :**

Le soir dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

151,20
OMT

• **VISMED MULTI**

1 goutte 4 fois par jour dans l'oeil pendant 6 semaines.

21,00

• **SERUM PHYSIOLOGIQUE :**

Un lavage le matin dans l'oeil concerné pendant 1 semaine.

25,00

• **RONDELLES OPHTALMOLOGIQUES**

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 : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n° : 1007171 - Patente : 34782425

LOT 190980
EXP 05/2022
PPV 51.40DH

Dr. IRAQI Maha
Ophthalmologiste

- Ex. Interne au CHU Ibn Rochd
- Diplôme de Chirurgie Réfractive et de Phacoémulsification à l'Université de Toulouse.
- Diplômé de Neuro-ophtalmologie et Diplômé de l'Oeil et Médecine Interne
- Diplôme de Contactologie à l'Université de Bordeaux



الدكتورة عراقي مها
اختصاصية في طب
وجراحة العيون
طبيبة داخلية سابقا بالمركز
الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le 08/01/2020

N' Bensouga Mohamed

عن السيد

Dr. IRAQI Maha
Ophthalmologiste
Gr. Rés Addoha Dar Essalam
Tél: 05 22 91 13 38

FACTURE

N° : 494 B / 2020 du 14/01/2020

CPA

Nom patient **BENSOUNA MOHAMED**
PAYANT

Entrée 14/01/2020

Sortie 14/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Clinique				150,00

DR. LAHBABI MEHDI (anesthésiste)	1,00		150,00	150,00
			Sous-Total	150,00
Total Autres prestations				150,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

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 01
Fax: 05 22 25 00 01