

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIER 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

- 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.

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° W19-532925

ND 29500



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : AA 09 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : JAMALI Saïb

Date de naissance : 01/05/1952

Adresse : 104 B^e GHANDI - Hay BENSY - Bouché

Tél. : 0664559080 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/04/2020

Nom et prénom du malade : JAMALI SAÏB

Age : 68

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection



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 : DR. RACHID ZAFAD Le : 08/04/2020

Signature de l'adhérent(e) : JAMALI SAÏB

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ALMA DR. DR. CHANDY	07/05/2017	216,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/05/12	LASER PASCAL OG	1000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

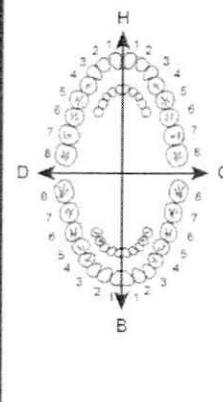
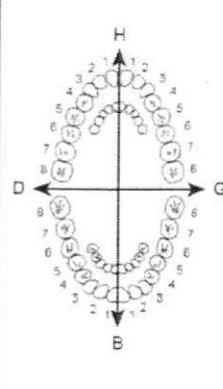
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>											
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>											
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>											
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>											
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>										
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	G												
		25533412 00000000	21433552 00000000												
		D	G												
		00000000 35533411	00000000 11433553												
B															
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															



ORDONNANCE

07 mai 2020

Mr. JAMALI SAID

68,00

1/ DICLOCED COLLYRE



1 goutte 2 fois par jour, pendant 15 jours

148,00

2/ CATIONORM



1 goutte 3 fois par jour, pendant 2 mois

216,00

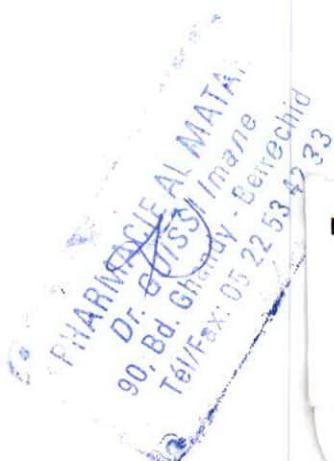
DICLOCED 1 mg/ml
Collyre, Flacon de 10 ml - PPV : 68,00 DH



6 118001 101948

Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diour, Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI



PPC 148,00 DH

LOT SV 76
2019-10
2022-10



DR. RACHID ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers - Casablanca

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

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بيباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكي

ORDONNANCE

07/05/2005

Mr. JAMALI SAID

- Réthropathie diabétique sévère ODR

=> PPR au Poser Posal Ob

CLINIQUE AL MADINA
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 - CASABLANCA

DR. RACHID ZAFAD
Ophtalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansard
Quartier Palmiers, Casablanca

FACTURE

N° : 3604 B / 2020 du 07/05/2020

DUPLICATA
LASER PASCALNom patient JAMALI SAID
PAYANTEntrée 07/05/2020
Sortie 07/05/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PASCAL	1,00		1 200,00	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
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard
Rue Mansard Quartier
Tél: 05 22 77 77 40 / 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Oph'talmologie

Docteur Rachid ZAFAD

Ophthalmologiste

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris VII

Chirurgie Vitréo - rétinienne



صحة المدينة

مركز أمراض وجراحة العيون

الدكتور رشيد زفاص

اختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي والشبكي

ORDONNANCE

07/05/2025

Compte rendu Luxen

Pascal organche

Le patient JAHAN

SAID a bénéficié d'une

opération de PPR de l'œil gauche pour rétinopathie

diabétique. Overté

DR. RACHID ZAFAD
Ophthalmologiste
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansart
Quartier Palmiers - Casablanca