

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

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

ééducation :

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.

ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6980 Société : Royal Air Maroc

Actif Pensionné(e) Autre : Retraité

Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH

Date de naissance : 06.1945

Adresse : Résidence EL Khayyam 6, Imm 1.1. App 115
Casablanca Maroc

Tél. : 06.76.39.22.61 Total des frais engagés : 1698,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ENRIQUE AL MADINA Age: 01/01/2009

Lien de parenté : Frère(e) Enfant

Nature de la maladie : ENRIQUE AL MADINA مصحة العيادة الطبية

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Professeur Opticien Optométriste

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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 12.10.11.2011

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant de l'exactitude des Actes
15.11.20	CS	-	300 D.H.	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 29/12/2021 PHARMACIE EL DINA Dr. ZIAID 12, rue Védrine, Casablanca Tél: 0524 321959	15.12.20	1398,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		COEFFICIENT DES TRAVAUX
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553			MONTANTS DES SOINS
				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
Dacteur 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 وجراحة العيون
 داء العينين بالسكري و داء جلاة
 أمراض الشبكية وجراحة العيون

15 décembre 2020

ORDONNANCE
AIT BASOU SALAH

(10) 4.30 x 3)

1/ AZARGA: COLLYRE

SI

1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

(57.90 x 3)

2/ ALLERGOCOMOD

SI

1goutte 3 fois par jour pdt 1 mois, dans l'œil droit, pendant 3 Mois

(71.30 x 9)

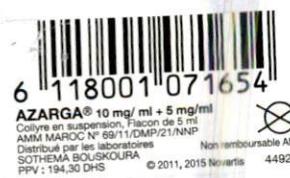
3/ TANAKAN CP

SI

1 CP X 2/J, pendant 3 Mois

✓
 11/2010 2/11/11
 PHARMACIE FLORIDA
 Dr. ZIAD Mounia
 Lotissement Florida - Lot. 281
 Sidi Maârouf - Casa 1959
 Tel/Fax : 0522 32 19 59

1398,00



Steripharma
PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

Steripharma
PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

Steripharma
PPV: 57,90 dh

A utiliser avant: / Lot n°

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30

71,30