

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.

Biologie 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

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- 0010956

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8768 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom EL MAJIK BERRAO Date de naissance : 29-10-67

Adresse : MONTA NEO KAN M.

Tél. : 0661157264 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/10/21

Nom et prénom du malade : EL MAJIK BERRAO Date de naissance : 29-10-67

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection chronique

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 : 08 / 11 / 21

Signature de l'adhérent(e) :

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
21/10/2021		CS		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

21/10/2021

77,10 Dh

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

21/10/2021

Laser YAG

1000 Dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

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 :

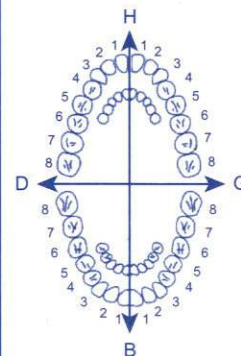
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

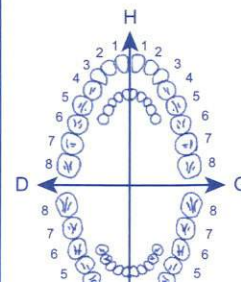
Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



CLINIQUE ALMADINA

Docteur Abderrahim Chakib

Professeur d'Ophthalmologie

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 وداء جلاله

أمراض الشبكية وجراحة العيون

Mr. ELMALKI BERRADA Mohamed Karim

77,10

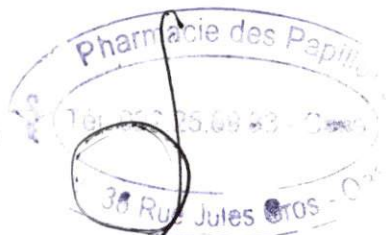
1/ DEXAFREE COLLYRE



1 goutte 4 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

6 118001 102860
DEXAFREE 1 mg/ml
Collyre 0,4 ml - PPV : 77,10 DH
Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
20 110 Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

T = 77,10



CLINIQUE ALMADINA

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 وجراحة العيون

داء العينين بالسكري وداء جلاله

أمراض الشبكية وجراحة العيون

Mr. ELMALKI BERRADA Mohamed Karim

LASER YAG OD

CLINIQUE ALMADINA
Angle Rue Mohamed Bahi et
rue Mansard - Casablanca
Tél : 05.22.77.77.40 à 49
GSM : 06.40.500.270 - IF N° : 1007171
Patente : 34782425



CLINIQUE AL MADINA



معيمة العرينة

ORDONNANCE

COMPTE RENDU LASER

Patient: Mr. Mme. Mlle :

ELTAKI BERRADA Tahamed Harim

A bénéficié : Séance (s)

1 séance OD

Nature du laser :

☐ Argon

☒ Yag OD

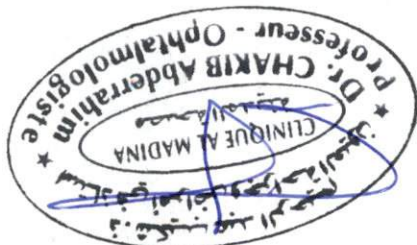
☐ Pascal

Nature de la maladie :

Cataracte senile

Casablanca le,

21/10/2012



F A C T U R E

N° : 15702 / 2021 du 21/10/2021

LASER YAG

Nom patient : ELMALKI BERRADA MOHAMED KARIM
PAYANTEntrée 21/10/2021
Sortie 21/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
LASER YAG	1.00		1 000.00	1 000.00
			Sous-Total	1 000.00
Total Clinique				1 000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :			Total	1 000.00
MILLE DIRHAMS				0.00

CLINIQUE AL MADINA
Rue Mansard
Quartier Palmiers Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 - Fax: 05 22 25 00 01/02