

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 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

- 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.

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° M21-0030783

Maladie Dentaire Optique **M7812** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **333** Société : **RAM**
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **ELMERNISS LAHOSSINE**
 Date de naissance : **1937**
 Adresse : **HAKAM 2 Rue FOMASSA Ifricgia Cas**
 Tél. : **0664 19 72 18** Total des frais engagés : **1758,00 DH** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : **05/05/22**
 Nom et prénom du malade : **BELAKRET ELGHALIA** Age : **81 ans**
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **Connexion optique**
 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 : **Casa** Le : **06/06/22**
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
05/05/22	CS		300.0 H	

Dr. Rashid ZAFAD
 Ophtalmologiste
 532 Bd Panoramique - Casablanca
 Tél: 05 22 77 77 40 à 53 (L.G.)
 05 22 25 20 07

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	05/05/22	15800

PHARMACIE EL YACOUB
 Avenue Baghdad N°43 Quartier El Yacoub - Ain Chock - Casablanca
 Tél: 05 22 50 78 39

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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	05/05/2022		Verre			3000 H

NOTROPTIQUE
 Angle Bd 2 Mars et Bd. El Kods - Mag. N°5
 r. Al Majd - Ain Chock - CASA
 Tél: 05 22 52 59 88

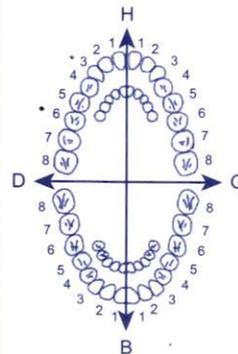
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

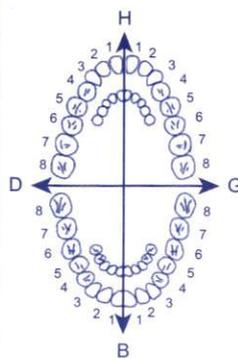
Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>



O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
B																
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		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



Dr. Rachid ZAFAD

Ophthémologiste

à la faculté
de Paris VII

Ophtalmologie - rétinienne



مصحة المدينة

CLINIQUE AL MADINA

الدكتور رشيد زفاض

إختصاصي في طب العيون

خريج كلية الطب بباريس

جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

ORDONNANCE

05 mai 2022

Mme BELKRET El Rhalia

15800

1/ CATIONORM

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 mois



صيدلية الياقوت
PHARMACIE EL YACOUI
Avenue Baghdad N°43 Quartier
El Yacout - Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 50 70 39

Dr. Rachid ZAFAD
Ophthémologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (LG)
Fax.: 05 22 25 00 01

Docteur Rachid ZAFAD

Ophthalmologiste
Diplômé de la faculté
de Médecine de Paris VII
Chirurgie Vitréo - rétinienne



مصحة المدينة
CLINIQUE AL MADINA

الدكتور رشيد زفاض

إختصاصي في طب العيون
خريج كلية الطب بباريس
جراحة الجسم الزجاجي و الشبكية

ORDONNANCE

05 mai 2022

Mme BELKRET El Rhalia

1/ Monture pour vision de loin + verres correcteurs
Organiques Antireflets, Filtre anti-lumière bleue

VL : OD = - 0.25 (- 2.00 à 105°)

OG = Plan

2/ Monture pour vision de près + verres correcteurs

VP : OD = Add : + 3.00

NOTR'OPTIC
Angle Bd. 2 Mars et Bd.
El Kods - Mag. N°5
Imm. Al Madina - Aïn Chock - CASA
Tél : 05 22 52 59 88

Dr. Rachid ZAFAD
Ophthalmologiste
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 25 00 01

Notr Optic

Opticienne optométriste

Visagiste

Opticienne optométriste
Contactologiste

Angle Bd 2 Mars & Bd El Qods.
Mag N°5 Imm. Al Majd (À Côté
de Al Inara) Ain chok-Casa
Tél : + 212 (0) 522 52 59 88
+212 (0) 6 80 08 52 40

Facture

0005790

N° Identification : 02202896

Patente : 34062115

R.C. : 127047

ICP: 0000 3733 5000076

Nom et Prénom :

BELKhet Rhalia

Date

25/05/2022

Vision de Loin

OD : Sph

-0,25

Cyl

-2,00 à 105'

Vision de Près

OD : Sph

+3,25

Cyl

-2,00 à 105'

OG : Sph

plan

Cyl

OG : Sph

+3,00

Cyl

Double Foyer

OD : Sph

Cyl

ADD :

OG : Sph

Cyl

ADD :

Quantité	Désignation	Prix
	Monteure :	—
	—	—
	Verre : Verre organique Anti-reflets à l'incis	900,00
	—	—
	—	—

Montant en lettres :

neuf Cent
Dix-huit

Total

900,00
dhs

Cachet & Signature :

NOTR OPTIC
Angle Bd 2 Mars et Bd.
El Qods - Mag. N°5
Imm. Al Majd - Ain Chok - CASA
Tél : 06 22 52 59 88

BILLET D'ADMISSION

N° admission	 22E051051
Nom patient	BELKRET EL RHALIA
Médecin	ZAFAD RACHID
Motif	CONSULTATION + FOND
Encaissement	400.00

Visa accueil

AMINA CA 10:51

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 7671 / 2022 du 05/05/2022

CONSULTATION + FOND

Nom patient **BELKRET EL RHALIA**
PAYANT

Entrée 05/05/2022
Sortie 05/05/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300.00

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.O.)
Fax : 05 22 25 00 01