

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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° M21-0030783

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 333 Société : R A M
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELMERNISS LAHOUSSEINE
Date de naissance : 1937
Adresse : HAKAM 2 Rue FONDATION Ifrigine Cas
Tél. : 0664-197218 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 : BELAKRIET 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) :

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 bon déroulement des Actes
05/05/22	Cs		300.0 H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

05/05/22

15800

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

25

05

2022

Vente

3000

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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

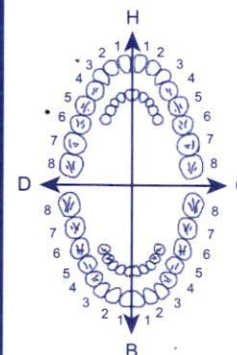
Coefficient

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F

PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

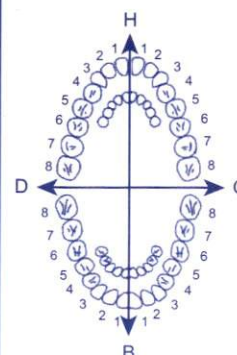
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

HD 00'58.00 DH
PPC 158.00 DH
Emulsion
ophtalmique
Multi
Cationorm

hid ZAFAD

ogiste

a faculté
de Paris VII

o - 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/ CATIONORM

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



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

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

Docteur Rachid ZAFAD

Ophtalmologiste
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
Ophtalmologiste
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 l'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

I.C.E. : 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	900,00
	Anti-reflets à l'Infini	_____
	_____	_____
Montant en lettres : neuf Cent	Total	900,00
Dinhaus		dh

Cachet & Signature :

NOTR OPTIC
Angle Bd 2 Mars et Bd.
El Qods - Mag. N°5
Imm. Al Majd - Ain Chock - 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 ©
C.A. S.E.
532, Bd. Mohammed VI - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G.)
Fax : 05 22 77 77 01

CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 7671 / 2022 du 05/05/2022

CONSULTATION + FOND

Nom patient **BELKRET EL RHALIA**

Entrée 05/05/2022

PAYANT

Sortie 05/05/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1.00		300.00	300.00
			Sous-Total	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