

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8192 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EDDY EXAKAÏ AHMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Kératite + syndrome SEC

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
20/06/92	C.S		300 D.H.	INP : 01111111111111111111111111111111 Date : 20/06/92

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Ab WOUROU Séjour 3, N°3462, AL WITAG Tél: 05 17 04 57 85	20/06/92	270,00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/06/92	3,100	154,00
		CODE INPF	
		103062618	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESSES DENTAIRES

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

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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



Cir.

مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat



PT220528162423

20 juin 2022

EDDEKKAKI Ahmed

١١٩,٠٠

LOTEMAX. COLLYRE

1 goutte ~~1~~ fois par jour, dans les deux yeux, pendant ~~8~~ jours *2 sem*

PHYSIODOSE

serum pour lavage oculaire jusqu'a 8fois / jour , dans les deux yeux,
pendant ~~6~~ Mois

٦٨٧,٠٠

Cationorm

~~٦٤٣,٠٠~~

6 fois

jour

6 mois

Tél: 05 37 64 51 85
Secteur 3, N°3482, AL WOUROUD
Pharmacie AL WOUROUD
Témara - Casablanca - Maroc



Cir.

مصحة العيون الرباط

Clinique de la Vision de Rabat



PT220528162423

20 juin 2022

EDDEKKAKI Ahmed

NIBUT (film lacrymal)
Ms 39 A (Topo + Mapping)
OCT maculaire et nerf optique

Transtatal Connex?

RD + MD + 1.

C



CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT

RABAT

Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22F200829	EDDEKKAKI AHMED	20/06/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce	.	300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :RAJAA

A handwritten signature in black ink is written over a blue ink stamp. The stamp contains the text "REÇU EN CAISSE DE LA CLINIQUE DE LA VISION DE RABAT" and a date "20/06/2022".

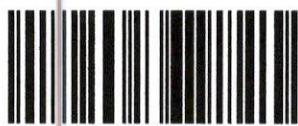
LABORATOIRE SAHEL

Résidence Ilham III Magasin 1–1 .RDC Imm A. Boulevard Hassan II. (Temara Mall) 12 000 Témara Centre

PATENTE: 27906034

IF: 25292541

ICE: 002135820000039 INPE: 103062618



103062618

FACTURE N° : 220001104

TEMARA le 20–06–2022

Mr EDDEKKAKI Ahmed

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E20	E
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B et HN : 100

TOTAL DOSSIER : 154.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante–quatre dirham s.

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES SAHEL -
Résidence Ilham III, Magasin 1–1, RDC Imm A
Boulevard Hassan II, 12 000 - Témara Centre
Tél. : 05 37 67 22 36 / 05 37 67 22 35
Fax : 05 37 67 22 36