

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.



Déclaration de Maladie : N° P19- 0008617

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2398 Société : R. A. M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TADILI Abdelmounaim Date de naissance : 18-02-46
Adresse : Route ALFIRSAWS VILLAGE 22-ROUJAZA
Tél. : 06 61 292345 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/08/2022
Nom et prénom du malade : TADILI Abdelmounaim Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Suivi Glaucome
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 : 11/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :


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

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
11/08/22	C.S		250	
18/08/22	Carbale		G	
23/08/22	laser		G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03/08/22	68,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/08/22	laser ARGON	1200 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

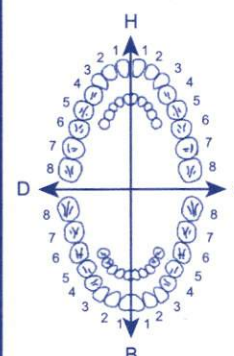
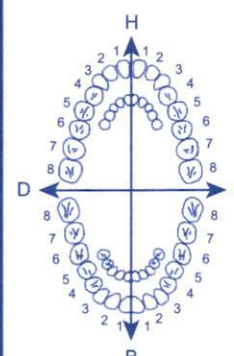
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, 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																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



مركز العيون بئر أنزران

CENTRE D'OPHTALMOLOGIE BIR ANZARANE

Dr. Houda KHLIFI ép. CHERRATE
Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Diplômée de l'Université de Paris VII
Ancienne interne des hôpitaux de Paris

الدكتورة هدى خليفى
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
خريجة جامعة باريس VII
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

Casablanca le : 18/08/22 : الدار البيضاء في

Dr. Tadi: Abdelmouneim

Laser Argon est!

Dr. KHLIFI Houda
Ophtalmologue
ICE: 001718 97000062
IF: 40 23955
Tél: 05 22 23 79 29

CLINIQUE AL MADINE
532, Bd Mohammed VI - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 49 (LG)
Fax: 05 22 23 00 01

Nardi 23/08/22



CLINIQUE AL MADINA

F A C T U R E

N° : 7807 / 2022 du 23/08/2022

LASER ARGON

Nom patient **TADILI ABDELMOUNAIM**
PAYANT

Entrée 23/08/2022

Sortie 23/08/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
LASER ARGON	1,00		1 200,00	1 200,00
			<i>Sous-Total</i>	1 200,00
Total Clinique				1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Total 1 200,00

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



Dr KHLIFI Houaida
Ophtalmologue
ICE: 05 22 77 77 40 à 49
Tél: 05 22 25 00 01

03/08/22

ORDONNANCE

Dz Raditi Abdelmouneim

Oeil Droit ☒

Oeil Gauche ☐

68,00



DICLOCED

1gtte x 2 / j pendant 15 jours

T=68,00

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

Pharmacie
EQ 3 Zone 3 Hôpital Mou
Tél: 022.91.38.73 - CABA

Dz Khlifi

Signature of Dr Khlifi

Pharmacie BADIA - Casablanca

Badia EL AIDI

05.22.91.38.73

résidence la corniche EQ3, zone 3, Bd Abdelhadi Boutaleb ex(route d'azemmour), casablanca



Facture N° 20220823-971

Date de vente : 23/08/2022

Médecin traitant :

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
DICLOFENAC CL 10ML COLLYRE	1	68,00	TVA (7.00%)	68,00

Total HT 63,55 DHS

TVA 4,45 DHS

Total 68,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : soixante-huit DHS

PHARMACIE BADIA
EQ 3 Zone 3 Route d'Azemmour
Bd Boutaleb - Casablanca

IF : 25082533 RC : 39005 ICE : 001840314000063 INPE : 092060169

Tel : 05.22.91.38.73

Adresse : résidence la corniche EQ3, zone 3, Bd Abdelhadi Boutaleb ex(route d'azemmour), casablanca