

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

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8675

Société : RAN AL3323

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MOUSSIF Tima

Date de naissance : 15/01/53

Adresse : citée ENARIA 1 - Rue 29 rég. cl. 5

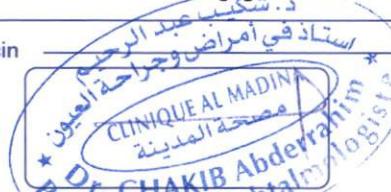
Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/12/2012

Nom et prénom du malade : MOUSSIF Tima

Age:

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : opération de Cataracte

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie:

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 :

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
19/12/2022		5	50000	 Dr. CHAKIB Abderrahim
				 Dr. CHAKIB Abderrahim
				 Dr. CHAKIB Abderrahim
				 Dr. CHAKIB Abderrahim

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 N° 200 LOTS HAMBA 2 AVANTAGE AIN CHOCK - CARIBLANCA 25065 11/06/22 21 02 18	19.18.28	2,8070

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

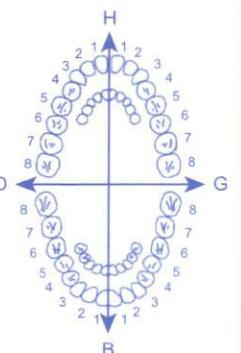
AUXILIAIRES MEDICAUX

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



LUT: 05322030
PER: 10/2025
P?V: 74, 80 DH

SOINS DENTAIRES

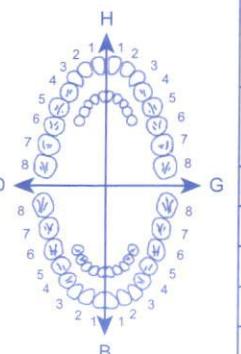


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

CLINIQUE AL MADINA

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 و جراحة العيون

داء العينين بالسكري و داء جلالة

أمراض الشبكة و جراحة العيون

٢٠١٩/١٢/٢٢

ORDONNANCE

Manssif Mina

Instiller, à 15 minutes d'intervalle dans l'OEIL OPERÉ, LES COLLYRES SUIVANTS:

9.80	a- Sepcen 500 MG	Comprimé	1cp x 2/j	pendant 5j
7.10	b- Dexafree	Collyre	1 goutte x 4/j	pendant 1 mois
36.50	c- Chibroxine	Collyre	1 goutte x 4/j	pendant 10j
25.90	d- MYDRIATICUM	Collyre	1 goutte x 2/j	pendant 1 mois
86.40	e- Sterdex	Pde	1 Application le soir	pendant 24j
80.00 X 3	f- NAVITAE plus	Collyre	1 goutte x 6/j	pendant 2 mois

T - 480.70

PHARMACIE CLINIQUE AL MADINA
N° 6001075 HAMMA 27 AV AL OOPS
T 0522210218
T 0522210218
T 0522210218

د. شكيب عبد الرحيم
أستاذ في أمراض و جراحة العيون
مصحة المدينة
Dr. CHAKIB Abderrahim
Professeur - Ophtalmologiste