

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

- 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02472

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Deukkali Aum-Kaltouma

Date de naissance :

Adresse : 12 Rue Vimy et Dinant Rés Karam 5 étage

APP 28 Belvédère Casab

Tél. : 0664 90 18 41 Total des frais engagés : 1386,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Deukkali Aum-Kaltouma

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Deukkali Aum-Kaltouma

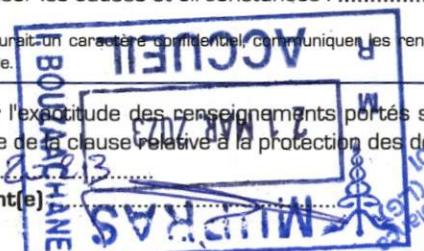
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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.

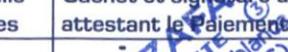
Fait à : 28/10/2013 Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 22/02/23 | CS | 300 DH | | Dr. Lahcen ZAIDI OPHTALMOLOGISTE CASABLANCA 1d Panoramique - 40 ^e 49 (LG) 25/02/2023 05/02/2023 05/02/2023 05/02/2023 05/02/2023 |

| | |
|--------------------|---|
| Détaillé raires | Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Acomptes |
| |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PIPE : 092 | 22/02/25 | 1086,40 |

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date

Montant de la Facture

EXE

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

e des

Date des
Spins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lahcen ZAFAD

Ophtalmologiste

Spécialiste de la Chirurgie et
des Maladies des Yeux

Chirurgie Esthétique des paupières
et des Voies Lacrymales

Chirurgie réfractive

40 2025-09.

305741.

180 DH.

المد

مصحة متعددة

الدكتور لـ

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

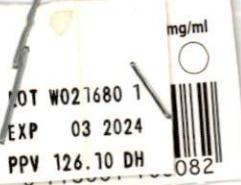
الجراحة التجميلية للجفون والمسالك الدمعية

الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

22 février 2023

Mme DOUKKALI Oum - Keltoum



1/ COSOPT: collyre

1 goutte 2 fois par jour, pendant 3 mois, dans l'œil g



2/ TRAVATAN collyre

1 goutte par jour, le soir à 21h, dans l'œil gauche, pendant



3/ HYLOGEL

1 goutte x 6 par jour, dans l'œil g

PHARMACIE AL MASSIRA
51, Rue Rahm Ben Ahmed
Dr. Mme BEN MOUSSA Oum
Tél: 05 22 24 80 54
Fax: 05 22 24 85 44

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

2024-05
LOT 302088
PPC: 180 DH.

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

6 118001 070619
Laboratoires Sothema Bouskoura
Travatan® 40 µg/ml collyre en solution, 2,5 ml
A.M.M.N°54/13 DMP / 21 / NCV
PPV : 140.10 DH

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

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

2025-09
305741
80 DH

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 2777 / 2023 du 22/02/2023

Nom patient **DOUKKALI OUM - KELTOUM**
PAYANT

CONSULTATION

| 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 |
| | | |

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

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