

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.

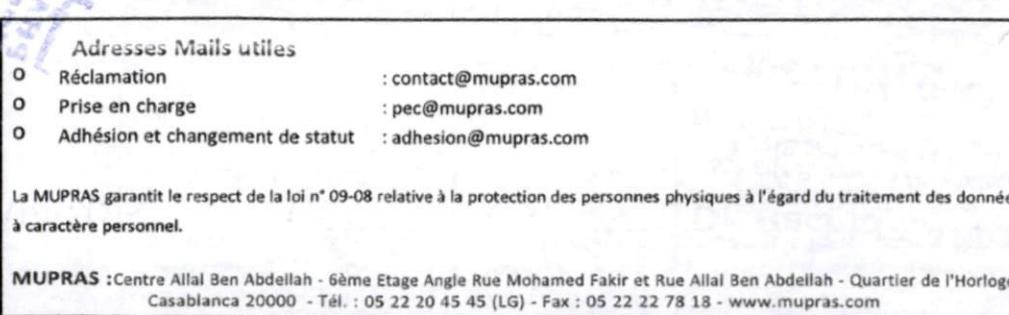
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1424</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>NAMASSE MOSTAFA</u>			
Date de naissance : <u>18-04-1952</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>06 69 79 5094</u> Total des frais engagés : _____ Dhs			

Cadre réservé au Médecin	Dr. Rachid ZAFAD OPTHALMOLOGISTE 532, Bd Panoramique - Casablanca Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (LG) Fax : 05 22 25 00 01 / INPE : 09 07 97 77
Cachet du médecin :	
Date de consultation : <u>14/03/23</u>	
Nom et prénom du malade : <u>NAMASSE MOSTAFA</u>	Age:
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : <u>Decellement Rétine</u>	
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 : 14/03/23 Le : 14/03/2023
Signature de l'adhérent(e) : Mostafa

CLINIQUE ALABDINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
05 22 77 77 40 à 49 (LG)
05 22 25 00 01



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
14/03/23	c.F	Ch		DR. BACHIR ZAFAR DENTISTE 532, Bd Panoramique - Casablanca Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G) Fax : 05 22 25 00 01 - II 1000 - CASABLANCA
				CLINIQUE AL MADINA
				FACTURATION 532, Bd Panoramique - Casablanca Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G) Fax : 05 22 25 00 01

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SOPHIA	14/3/23	498,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

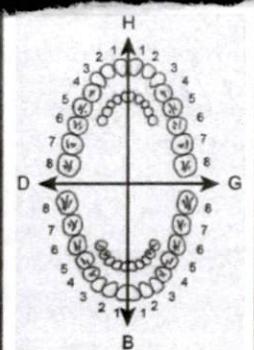
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

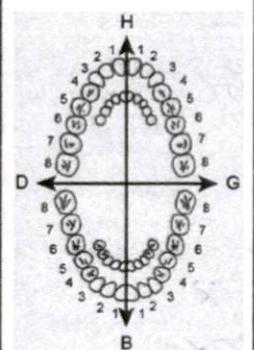
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

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

COUVERTURE
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



ORDONNANCE RETINE



Casablanca, le 14/03/23



Nom et prénom du patient : Namasse Mostafa

35.70x2

- TOBRADEX COLLYRE



- 1 goutte 5 fois par jour pendant 1 semaine
- 1 goutte 4 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte 3 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte 2 fois par jour pendant 2 semaines
- 1 goutte le soir pendant 2 semaines

33.00

- SPECTRALU COLLYRE : 1 goutte 4 fois par jour pendant 5 jours

165.00x2

- AQUALARM COLLYRE UD : 1 goutte 3 fois par jour pendant 2 mois

22.60

- MAXIDROL POMMADE : 1 application le soir pendant 5 jours

51.60

- SPECTRUM 250MC : 1 comprimé 2 fois par jour pendant 5 jours

30.00

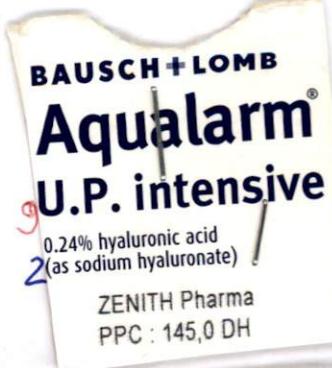
- Rondelles oculaires : (3 jours à l'extérieur)

صوفة صوفة
PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbrahim Ep. Slaoui
214 Bd Panoramique
Tel: 0522 360164
Fax: 0522 360164
u98120

PHARMACIE SOPHIA
Mme. Benbrahim Ep. Slaoui
214 Bd Panoramique
Tel: 0522 360164
Fax: 0522 360164

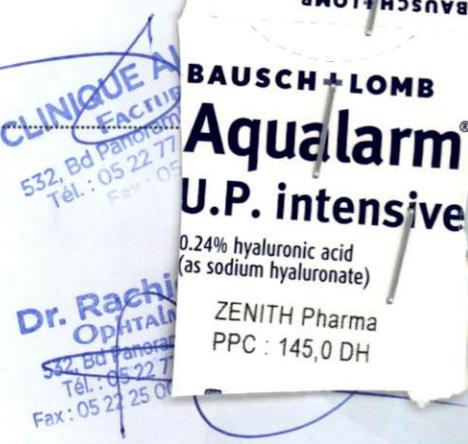
NB : - Se présenter le lendemain matin après l'opération pour le contrôle

- Ne jamais arrêter le traitement sans avis médical



982
2022-10
ZENITH Pharma
PPC : 145,0 DH

imtensive U.P.
BAUSCH + LOMB



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

KENZA

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE

Date 20/02/2023
N° : 230220143515KE

Nom patient : NAMASSE MOSTAFA

Prise en charge : MUPRAS

Traitements CATARACTE OG
CATARACTE OG

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
BLOC OPERATOIRE		25	K130	130,00	3 250,00
ANESTHESISTE		30	K40	40,00	1 200,00
SEJOUR		1	FC	400,00	400,00
PHARMACIE		10	K130	130,00	1 300,00
				Sous-Total	6 150,00
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. ZAFAD RACHID (ophtalmologue)		30	K130	130,00	3 900,00
				Sous-Total	3 900,00

Arrêté le présent devis à la somme de :
DIX MILLE CINQUANTE DIRHAMS

Total devis 10 050,00

