

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	5879	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	X 25930
Nom & Prénom :		SIKAR DAUKA	
Date de naissance :		25/05/53	
Adresse :		SIDI OULD BABU Remblay Zouhour n° 6	
Tél. :		06 64 50 6836	Total des frais engagés : H72DH# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/07/2013

Nom et prénom du malade : SIKAR DAUKA Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : TOP 810N et sufflement de l'index

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 : / /

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
20/08/23	173	C 5	400 DH	ALMA DINA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Mouad 59 Bd. Hassan II Casablanca Tél: 0522 50 89 14	20/08/23	Pharmacie Mouad Casa - Tel: 0522 50 89 14 INPE: 092043835

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
S. O. U. Laboratoire Médical Médicale & Infrastructure 1112621 12000030	20/08/23	RX M am G / F	250 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. Arrows indicate the direction of treatment: H (top left), G (



Casa le 20/08/2023

al - SIKAKI AL MADINA

(1)

Cedrol



22,00

P 2317 ✓

Cédol®
20 Comprimés



6 118000 180913

22,00 ▲

Pharmacie Mouad
CHRAA MOUAD
59, Bd. Barrechiga Aïn Chock
Casa - Tél: 0522 50 89 14

Clinique AL MADINA
Médecin Réanimateur
de Garde



ORDONNANCE

le 20/08/2023

SIKAR MALIKA

Main Gauche face

GROUP REANIMATEUR
Dr. BERRADA Ouissam
Dr. HADDAD Wafaa
Dr. DAHBAQUI Yehya
Dr. HANZA'A Amine

CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Phoromique Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Fax: 05 22 25 00 01

IBN NAFIS
الطب النفسي
الطب العصبي والرسغاني
الراديوغرافية والأشعة السينية
التصوير المقطعي المحوسب
002620012000030



Casablanca, le 20-08-2023

PATIENT: SIKAR MALIKA**RADIOGRAPHIE DE LA MAIN GAUCHE DE FACE****RESULTATS:**

- Absence de trait de fracture.
- Déminéralisation osseuse.
- Absence d'anomalies des parties molles.

Merci de votre confiance**Signé : Dr BELAAROUSSI**

ابن النفيس
التصوير الطبي والأشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
002620012000030

CLINIQUE AL MADIN
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. : 05 22 77 74 40 à 49 (LG)
Fax : 05 22 25 00 01



FACTURE N°:	Note d'honoraire
DATE FACTURE	23/08/2023
DATE EXAMEN	20/08/2023

SIKAR MALIKA

Désignation	Montant
MAIN GAUCHE FACE	250,00
TOTAL	250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **DEUX CENT CINQUANTE DHS**

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

IBN NAFIS ابن النفيس
التصوير الطبي والأشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
: 00262 2000030

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **21845 / 2023** du **23/08/2023**

Nom patient	SIKAR MALIKA	Entrée	20/08/2023
	PAYANT	Sortie	20/08/2023

CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	1,00	URG	200,00	200,00
<i>Sous-Total</i>				200,00
Total Clinique				200,00

DR. GROUPE REANIMATEUR (anesthesiste)	1,00		200,00	200,00
<i>Sous-Total</i>				200,00
Total Autres prestations				200,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	400,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENC MECQUE- CASA

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