

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.

M22- 0011589

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0702472 Société : 18

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Dr. Kali sum-Kelton

Date de naissance :

Adresse : 12 Rue Viny et Dinant Rés EL Karan

étage 5 APP 08 Bélesidar 2300

Tél. : 06 64 90 18 61 Total des frais engagés : 170.2.01 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/10/2023

Nom et prénom du malade : Dr. Kali sum-Kelton Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : glaucone chronique

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 : Casablanca Le : 23/10/2023

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
14/10/2013			3000 Dh	Lancer ZAFAD SANTALMOCULSIS zanzibaricus - casablanca 22/7/2005 - INPE : 0915- 97157040 MADINA

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/10/23	1401,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

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

المدينة

مصحة متعددة الاختصاصات

الدكتور لحسن زفاص

اختصاصي في أمراض وجراحة العين

الجراحة التجميلية للجفنون والمسالك الدمعية

الجراحة الإنكسارية لتصحيح الرؤية

ORDONNANCE

17 octobre 2023

Mme DOUKKALI Oum - Keltoum



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



1/ NAVILIPO

1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant



2/ PHYLARM

1 lavage oculaire 2 fois par jour, dans l'œil gauche

194130K3

3/ AZARGA: collyre

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

140110x3

4/ TRAVATAN collyre

1 goutte par jour, le soir à 21h, dans l'œil gauche pendant 3 Mois

1401120

Dr. Lahcen ZAFAD
OPHTHALMOLOGISTE
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (09h00)

Tel: 05 22 25 00 01 - INPE: 09h00
Fax: 05 22 25 00 01 - INPE: 09h00

532, Bd Panoramique - Casablanca
Tel: 05 22 77 77 40 à 49 (09h00)



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



LOT BF36505
2025-05
RIMAPHARMA
PVC : 98,00 DH

HYLARM 10 mL boîte de 16



30603
2026-05

HERMEDIC
PVC
104,00 DHS



LOT BF36505
2025-05
RIMAPHARMA
PVC : 98,00 DH



LOT BF36505
2025-05

RIMAPHARMA
PVC : 98,00 DH

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 28216 / 2023 du 17/10/2023

Nom patient DOUKKALI OUM - KELTOUM Entrée 17/10/2023
PAYANT Sortie 17/10/2023

CONSULTATION

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION	1.00		300.00	300.00
Sous-Total				300.00
Total Clinique				300.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE ②
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél.: 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01