

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 : 6980 Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT BASSOU SALAH

20 D 304

Date de naissance :

Adresse : Lotissement E.L Khouzama 6, Imm. 11, App. N° 5
CASA BLANCA

Tél. : 06 76 39 20 51 Total des frais engagés : 1689,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/2024

Nom et prénom du malade :

AIT BASSOU SALAH

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Allergie à la medicament Océanique

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 : Casa Blanca



Signature de l'adhérent(e) : I. BOUAFIA

Le 27 MAR 2024

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
29/09/24			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. ZAHIA KARIM Pharmacie Zahia Karim Lot 21 0522 327959	le 05/03/2024	13.89,10

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	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



الأستاذ عبد الرحيم شكيب

أستاذ في أمراض وجراحة العين
داء العينين بالسكري وداء جلاة
أمراض الشبكية وجراحة العين

Pr. Abderrahim CHAKIB

Professeur d'Ophtalmologie
Ophtalmo - diabétologie
Maladies de la Rétine et Cataracte
Chirurgie des yeux

ORDONNANCE

29 février 2024

Mr AIT BASSOU Salah

1/ AZARGA: collyre $\times 3 = 582,90$



1 goutte 2 fois par jour pendant 3 mois, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

2/ ALLERGO-COMOD: collyre $\times 3 = 173,70$



1 gouttes 2 fois par jour, , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

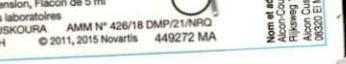
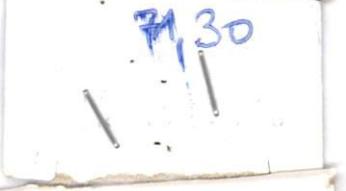
3/ TANAKAN cp $\times 9 = 632,50$



1 CP X 3/J, pendant 3 Mois

14-32943-2
PHARMACIE FLORIDA
Lotissement Mounia, Lot 281
Tunisie, 10521
Tel/Fax: 0522 321959

د شكيب عبد الرحيم
أستاذ في أمراض وجراحة العين
الطب المغربي
Clinique AL MADINA
مصحة المدينة
Dr. CHAKIB Abderrahim
Professeur - Ophtalmologiste



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **7703 / 2024** du **29/02/2024**

Nom patient	AIT BASSOU SALAH	Entrée	29/02/2024
	PAYANT	Sortie	29/02/2024

CONSULTATION - CHAKI

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

FRAIS CLINIQUE	1.00		50.00	50.00
				<i>Sous-Total</i> 50.00
				Total Clinique 50.00

PR. CHAKIB ABDERRAHIM (ophtalmologue)	1.00		250.00	250.00
				<i>Sous-Total</i> 250.00
				Total Autres prestations 250.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00

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