

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : 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'H
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Tel 0673 17 15 45
Déclaration de Maladie
M23-008718

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0507 Société : RAC
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : TOUILE MOSTAFA
Date de naissance : 01/01/1944
Adresse : HAY AL QODS RES ALFAJR ITM E° N°6 BERNOUSSE
CASABLANCA
Tél. : 0673 17 15 45 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/12/2023
Nom et prénom du malade : Age : 73
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : pré opératoire cataracte
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 : 17/12/2023
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
21/11/2023	(CPS)	300	00	

2/12/2023

(CPA)

3000

1293718

CLINIQUE AL MALI
DR. DABBAOUI YANHA
esthéticienne - Reanimatrice
N° 081293718
N° 0522224004

[illegible]

**Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur**

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

**Cachet et signature
du Praticien**

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

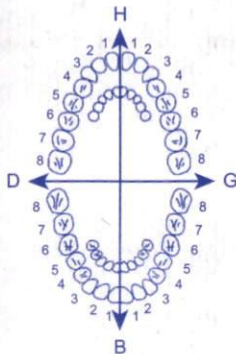
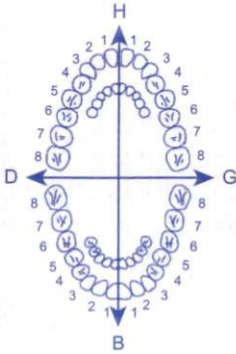
Montant détaillé
des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
					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

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins	Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion
Soins de base	Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion	
Soins de confort	Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion		
Soins médicaux	Soins de rééducation	Soins de réinsertion			
Soins de rééducation	Soins de réinsertion				
Soins de réinsertion					

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier and two side piers. The piers are numbered 1 through 8. The bridge is labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. The piers are labeled 'D' on the left and 'C' on the right. The bridge is shown in a cross-section view.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a central pier labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom. There are two main arches on either side of the central pier. The piers are numbered 1 through 8, starting from the central pier and moving outwards. The bridge is supported by a central pier and two side piers. The diagram shows the bridge's structure and the numbering of its components.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHELLY chafik

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé de l'Université de Marseille
Chirurgie de la cataracte - Strabisme
Voies Lacrymales - Réfractives - Kératocône
Toutes explorations ophtalmologiques

الدكتور الشلي شفيق

أمراض و جراحة العيون

خريج كلية الطب بمرسيليا
جراحة المياه البيضاء - الحول
القناة الدمعية - إزالة النظرات - القرنية المخروطية
جمع فحوصات العين

25 novembre 2023

Monsieur TOUILE Mostafa

CONSULTATION D'ANESTHESIE PRE-OPERATOIRE :
(ci-joint bilan pré-opératoire)

TYPE D'ANESTHESIE SOUHAITEE : TOPIQUE

INTERVENTION CHIRURGICALE : CATARACTE OG

Docteur CHELLY chafik
Ophtalmologiste
82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II
Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca
Tél : 05 22 25 83 70 / 05 22 23 30 53 / 05 22 98 47 84
Fax : 06 52 10 00 12

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

82, Rue Soumaya - Résidence CHAHRAZADE II

Immeuble Fiat & Jeep - 2^{ème} étage - Palmiers - Casablanca

☎ : 05 22.25.83.70 / 05 22.23.30.53 / 05 22.98.47.84

Urgences : 06 61.33.04.44 . whatsapp : 06 52.10.00.12

82 , زنقة سومية - إقامة شهرزاد 2

عمارة فيات & جيب - الطابق الثاني حي - التخييل الدار البيضاء

☎ : 05 22.98.47.84 / 05 22.23.30.53 / 05 22.25.83.70

06 52.10.00.12 : مستعجلات : 06 61.33.04.44

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 34042 / 2023 du 02/12/2023

Nom patient **TOUILE MOSTAFA**
PAYANT

Entrée 02/12/2023
Sortie 02/12/2023

CPA

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Clinique				150.00

DR. DAHBAOUI YAHIA (anesthésiste)	1.00		150.00	150.00
			Sous-Total	150.00
Total Autres prestations				150.00

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

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
Anesthésiste - Réanimateur
DR. DAHBAOUI YAHIA
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 / Fax : 05 22 25 00 01
INPE : 06 12 95 57 18

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